



Planeringsförutsättningar 2016

Landstingsdirektörens stab
Mars 2015
Arbetsmaterial 150305



LANDSTINGET BLEKINGE

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| 1 Summering | 3 |
| 2 Inledning | 5 |
| 3 En åldrande befolkning | 7 |
| 4. Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa..... | 11 |
| 5. Stora folksjukdomar i Blekinge | 18 |
| 6. Omställning för en hållbar utveckling | 22 |
| 7. Befolkningens förändrade attityder till och förväntningar på hälso- och sjukvården | 29 |
| 8. Förändrad kravbild och maktförskjutning | 35 |
| 9. Utveckling i takt med medicinska och tekniska framsteg | 40 |
| 10. Ökad global sårbarhet | 44 |
| 11. Anställningsbehov och konkurrens om personal | 48 |
| 12. Interna förutsättningar för uppföljning, utveckling och säkring av kvalitet | 53 |
| 13. Referenslista..... | 58 |
| Bilaga 1 – Exempel på underlag för nulägesanalys..... | 60 |

1 Summering

I nedanstående text ges en summering av de viktigaste iakttagelserna utifrån omvärldsanalysen.

En åldrande befolkning

Den största demografiska trenden i västvärlden är att befolkningen blir allt äldre. Med fler äldre i befolkningen följer fler sjukdomar och förmodligen också ett ökat vårdbehov. Trots en utveckling med bättre hälsa i de högre åldersintervallerna är vårdtillfällena fler, längre och mer resurskrävande än i de lägre. Detta samtidigt som andelen skattebetalare som ska bekosta sjukvården minskar. Folkmängden i Blekinge förväntas öka, vilket huvudsakligen beror på en ökad inflyttning.

Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och hälsa

Folkhälsan i Sverige utvecklas positivt för befolkningen som helhet. Skillnader i hälsa mellan grupper med olika utbildningsbakgrund och ekonomiska förhållanden är fortfarande tydliga. Samtliga stora dödsorsaker i befolkningen¹ är vanligare bland dem med kort utbildning. Jämfört med riket lever en större andel av befolkningen i Blekinge under sämre livsvillkor (t.ex. lägre utbildningsnivå och högre arbetslöshet). Vi noterar också ett högre ohälsotal i Blekinge. Männerna skattar överlag sin hälsa bättre än kvinnorna. Levnadsvanorna har en mycket stark koppling till många av våra vanligaste sjukdomar. Utbildning, social position på arbetsmarknaden samt den ekonomiska situationen hänger starkt samman med ansamling av ohälsosamma levnadsvanor. Psykisk ohälsa har ökat de senaste decennierna och de största ökningarna finns bland unga, och i synnerhet unga kvinnor. Även statistik över sjukhusinläggningar och dödlighet talar för försämringar av de ungas psykiska hälsa.

Ökade förväntningar på hälso- och sjukvården

Den medicinska utvecklingen och ett generellt ökat välstånd skapar ökade förväntningar på vad hälso- och sjukvården ska åstadkomma. Tillgången på kunskap och information ökar och patienterna ställer allt högre krav på information, tillgänglighet och behandling. En välinformerad patient eller anhörig kan också bidra till en högre grad av delaktighet i vården. Samtidigt finns cirka 1 miljon svenskar som inte använder internet. Det digitala utanförskapet är särskilt stort bland lågutbildade äldre över 66 år. Handlingsutrymmet på lokal och regional nivå begränsas genom bl.a. ökad detaljstyrning på nationell nivå och förändringar som på olika sätt ställer allt högre krav på patientinflytande, t.ex. genom den nya patientlagen.

Utvecklingen av informations- och kommunikationsteknik

Den nya informations- och kommunikationstekniken kan skapa förbättrade möjligheter till samspel mellan vårdaktörer, mellan vården och patienterna samt möjligheter att samordna vården ur patientens perspektiv. Tekniken kan också bistå med beslutsstöd till professionen för en säkrare och snabbare diagnosättning och behandlingsinsats utifrån den senaste forskningen. Teknologin existerar men trots detta är användningen av den nya tekniken inom hälso- och sjukvården fortfarande låg och utvecklingen hindras av en rad utmaningar bl.a. att dagens IT-system inom vården inte är anpassade efter användarnas behov samt att det saknas en sammanhållen IT-infrastruktur vilket för med sig att delning, synkronisering och användning av data är komplicerad.

Utvecklingen i takt med medicinska och tekniska framsteg

För vården skapar nya behandlingsmetoder, läkemedel och nya arbetssätt förutsättningar för att öka vårdens kvalitet och effektivitet. Utvecklingen för med sig ett förväntat efterfrågetryck med

¹ T.ex. hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser

ökad vårdkonsumtion som följd. En obalans mellan behov, efterfrågan och tillgängliga resurser skapar ett läge som ställer krav på öppna prioriteringar med målet att fördela vården efter behov och på lika villkor. Prioriteringar är inte i första hand en ekonomisk fråga utan en fråga om hur de som har störst behov av insatser ska få tillgång till hälso- och sjukvård utifrån gemensamma värderingar. Även om förtroende för hälso- och sjukvården i Blekinge ligger på en stabilt hög nivå 2010-2013 är befolkningen inte övertygad om att vården ges på lika villkor utan en stor andel uppfattar att faktorer som socioekonomi, förmåga att föra sin talan samt ålder påverkar tillgången på vård. I en alltmer fragmentiserad vård har landstinget en utmaning att på ett bättre sätt kunna fullgöra de krav som ställs i lagar och regler för att behålla effektiva och samordnade vårdprocesser och en samlad bild av patientens sjukdom och hälsoutveckling, särskilt för patienter med komplexa sjukdomstillstånd och flera diagnoser.

Finansieringsbehov

Under 1980–2005 ökade kostnaderna för välfärdstjänster med cirka 1 procent mer per år än vad som kan förklaras av den demografiska utvecklingen och trenden väntas fortsätta. Oavsett hur hälso- och sjukvården kommer att utvecklas kommer de ekonomiska resurserna för att möta framtidens utveckling att vara begränsade. Detta ställer bland annat krav på en ännu mer effektiv hälso- och sjukvård. En undersökning visar att kostnaden för extra vård dygn på grund av vårdskador som hade kunnat undvikas uppgår till mellan 6,9 och 8,1 miljarder kronor per år. Ett uthålligt patientsäkerhetsarbete är således ett, utifrån flera perspektiv, centralt sätt att effektivisera verksamheten. Andra sätt kan vara att bedriva ett förebyggande och hälsofrämjande arbetssätt, ha en tydlighet kring prioriteringar, att säkerställa en ändamålsenlig personalsammansättning och vara en lärande organisation. Det är en utmaning för landstinget att skapa en organisation och en process för kunskapsstyrning så att den enskilda i slutändan får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap. Under den kommande tio årsperioden kommer även ett aktivt arbete för att anpassa lokalerna till vårt framtida vårdutbud att genomföras vilket på många sätt kommer prägla verksamheten. Detta innebär också att Landstinget Blekinge står inför en period med stora investeringar.

Anställningsbehov

Under den kommande tioårsperioden har Landstinget Blekinge ett stort rekryteringsbehov. Dagens arbetsmarknad präglas också av stor rörlighet och hård konkurrens om arbetskraften vilket innebär att landstinget måste vara attraktivt att arbeta inom. Det betyder bland annat att kunna erbjuda de arbets- och lönevillkor, den arbetsmiljö, kultur och det chefs- och ledarskap och medarbetarskap som gör att både medarbetare och arbetssökande väljer att arbeta inom landstingets verksamheter. Detta förutsätter att landstinget aktivt arbetar både strategiskt och operativt med personalfrågorna och kontinuerligt bevakar vad som sker i omvärlden inom dessa frågor. För att nå framgång i det personalstrategiska arbetet utgår Landstinget Blekinge från fyra fokusområden: profilering av arbetsgivarvarumärke, utveckla kompetens och ledarskap/medarbetarskap, långsiktig personalförsörjning samt arbetsmiljö och samverkan.

Globala faktorer påverkar oss

Klimatförändringar och miljöförstöring påverkar hälsan och behovet av hälso- och sjukvård och landstinget måste leva upp till de allt högre krav som ställs på att minska sin klimat- och miljöpåverkan. Antibiotikaresistens är ett av de största globala hoten mot människors hälsa och ett ökat resande till länder där resistent bakterier är vanliga ökar spridningen. Hotet från pandemier blev tydligt i och med ebolautbrottet under 2014. Krig och katastrofer leder till att människor måste söka skydd utanför sitt hemland. Antalet asylsökande i Blekinge förväntas öka vilket bland annat ställer krav på primärvården att kunna erbjuda en vård utifrån patientens specifika behov även om denne har en annan kultur och ett annat modersmål.

2 Inledning

Planeringsförutsättningarna är det inledande steget i Landstinget Blekinges planerings- och uppföljningsprocess. Huvuduppdraget för Landstinget Blekinge är att erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård, både idag, imorgon och i framtiden. Uppdraget regleras till största del av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen och utifrån dessa formar sedan landstinget vision, mål och strategier för att möta befolkningens behov på såväl kort som lång sikt. Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården.

Landstinget Blekinges verksamhet påverkas av omgivande faktorer på lokal, regional, nationell och internationell nivå. Planeringsförutsättningarna är ett informations- och diskussionsunderlag som ska ge en inblick i samhällsutvecklingen och hur den kan påverka landstingets möjligheter att leva upp till hälso- och sjukvårdens mål och uppdrag. I materialet presenteras viktiga trender som innebär såväl utmaningar som möjligheter för Landstinget Blekinge. Planeringsförutsättningar ger inga färdiga förslag till lösningar.

Förhoppningen är att den omvärldsbevakning dokumentet erbjuder ska uppmuntra till politisk diskussion och skapa förutsättningar för en ändamålsenlig planering och prioritering av landstingets resurser i Landstingsplanen 2016-2018.

Syfte

Planeringsförutsättningarna syftar till att skapa förutsättningar för ett övergripande koncernperspektiv i arbetet med att formulera långsiktiga strategier som tar hänsyn till viktiga framtidsfrågor. Detta ska skapa framförhållning och en beredskap för framtida behov och utmaningar.

Planeringsförutsättningarna ska primärt utgöra ett verktyg för den politiska ledningen att göra sina värderingar och omsätta dessa till politiska prioriteringar i landstingsplanen 2016-2018. Landstingsplanen är landstingets viktigaste styrdokument och utgör grund för de verksamhetsplaner som utarbetas av landstingsstyrelse och nämnder.

Planeringsförutsättningarna kan också utgöra en grund för planering, verksamhetsutveckling och beslut på verksamhetsnivå.

Innehåll och metod

Planeringsförutsättningarna har tagits fram av en arbetsgrupp inom Landstingsdirektörens stab på uppdrag av planeringsdirektören. Utgångspunkten för arbetet har tagits i omvärdsanalyser genomförda på nationell nivå, till exempel av Sveriges kommuner och Landsting och Myndigheten för vårdanalys. I omvärldsanalysen har arbetsgruppen utgått från frågeställningen: *vilka trender eller händelser kommer att påverka Landstinget Blekinges möjligheter att i framtiden kunna leva upp till hälso- och sjukvårdens mål och uppdrag?*

Dokumentet är avgränsat i tio utmaningar eller trender som har kunnat skönjas i olika rapporter som har analyserat utvecklingen regionalt, nationellt och globalt. De huvudsakliga skriftliga

källorna är SKL:s Vägval för framtiden, Folkhälsorapporten Hälsa på lika villkor och SCB:s befolkningsprognos.

Materialet har sedan kompletterats med Landstinget Blekinges expertis bland annat genom ett 15-tal intervjuer med funktioner inom landstinget som har ansvar inom de områden som behandlas. (bl.a. läkemedel, chefläkare, smittskydd, patientsäkerhet, miljö, etiska rådet och e-hälsa).

De tre perspektiven verksamhet, ekonomi och personal har integrerats för att ge en så heltäckande bild som möjligt av respektive utmaning. Flera av utmaningarna hänger ihop och kan ses som olika sidor av samma mynt. Indelningen i tio utmaningar är en teoretisk förenkling av verkligheten men ett försök att åskådliggöra tendenser som är viktiga för Landstingets utveckling i den komplexa kontext vi befinner oss i.

Dokumentet är framåtblickande och ger ingen nulägesbeskrivning av landstingets verksamhet. Nuläget i Landstinget Blekinge finns beskrivet på många olika ställen, både lokalt och nationellt. I bilaga 1 ges exempel på källor.

Uppgifterna i planeringsförutsättningarna uppdateras varje år och hela dokumentet omarbetas mer genomgående en gång per mandatperiod inför framtagandet av landstingsplanen.

3 En åldrande befolkning

Den största demografiska trenden i västvärlden är att befolkningen blir allt äldre. Med fler äldre i befolkningen följer fler sjukdomar och förmodligen också ett ökat vårdbehov. Trots en utveckling med bättre hälsa i de högre åldersintervallerna är vårdtillfällena fler, längre och mer resurskrävande än i de lägre. Detta samtidigt som andelen skattebetalare som ska bekosta sjukvården minskar. SCB:s prognoser indikerar att denna utveckling existerar såväl i Blekinge som i övriga riket och kommer att fortsätta. De rationaliseringsvinster som den medicinske- tekniska utvecklingen medför beräknas helt eller delvis kunna täcka upp ett förväntat ökat vårdbehov. Folkmängden förväntas öka, i Blekinge beror ökningen huvudsakligen på en ökad inflyttning.

I nedanstående diagram redovisas åldersstrukturen för Blekinge län i relation till riket per den sista december 2013. Jämfört med riket har Blekinge län färre invånare i åldersgrupperna 0-5 år och 20-45 år men fler personer över 60 år.

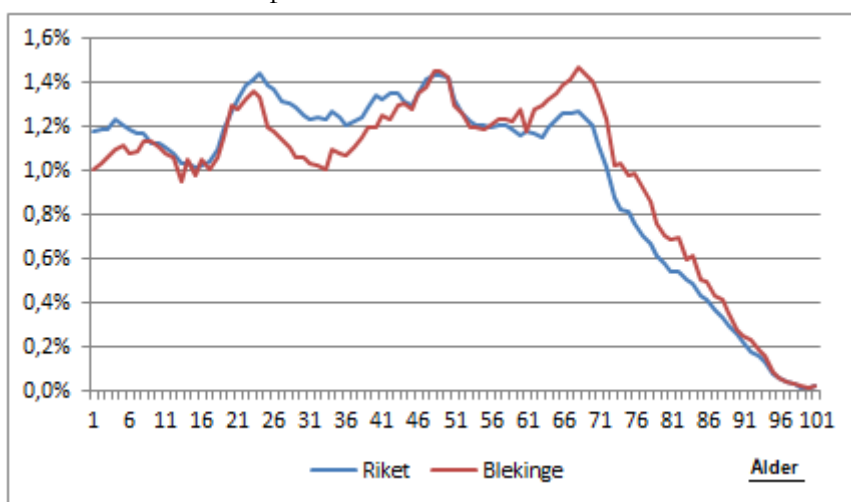


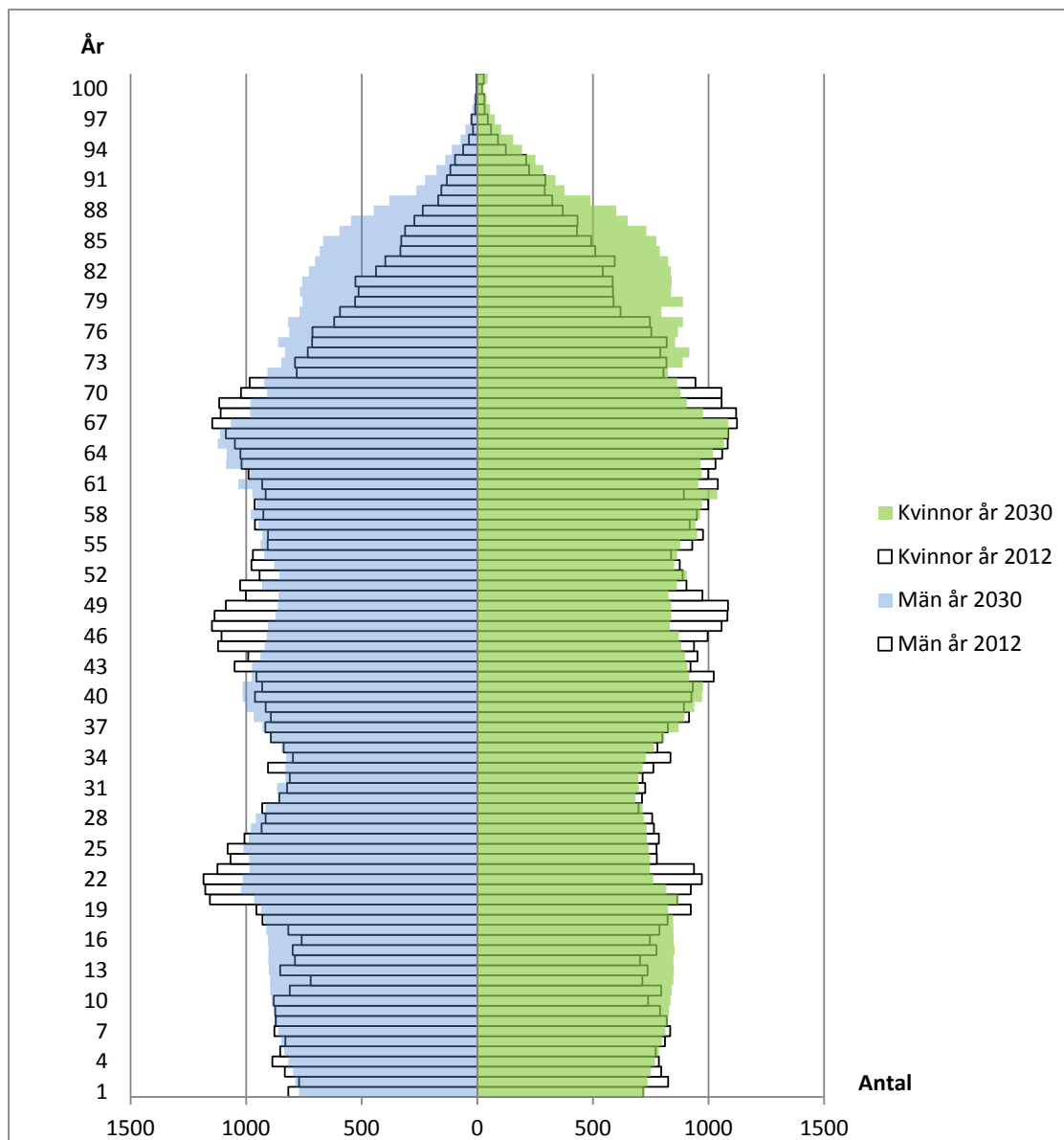
Diagram: Befolkningens åldersfördelning i Blekinge jämfört med riket 2013 Källa: SCB, bearbetat av Landstinget Blekinge

Andelen äldre ökar

År 2013 skulle varje person i yrkesaktiv ålder (20-64 år), förutom sig själv, även försörja 0,73 personer i den totala befolkningen. År 2025 kommer den siffran att ha ökat till 0,82. Detta beror inte på att antalet i yrkesaktiv ålder förväntas minska, utan på att antalet barn, ungdomar och äldre förväntas öka mera.²

Befolkningspyramiden nedan visar åldersfördelningen i Blekinge år 2012 jämfört med prognosen för 2030. Pyramiden indikerar den framtida befolkningsutvecklingen och åskådliggör hur de större åldersgrupperna successivt kommer att förflyttas uppåt.

² Vägval för framtiden, SKL, 2014



Av befolkningspyramiden går att utläsa tre större åldersgrupper år 2012: 19-25 år, 45-50 år samt 64-70 år. År 2030 har dessa grupper blivit runt 40, 65 och 85 år gamla. Det är möjligt att med en relativt god precision beräkna hur antalet personer i olika åldersgrupper kommer att förändras. Att förutse hur sjukligheten och vårdbehoven kommer att utvecklas är svårare. Hittills har prognoserna tenderat att underskatta hälsoförbättringen bland de äldre. Hur stort vårdbehovet blir beror också på hälsofrämjande och förebyggande insatser som kan lägga fler friska år till livet och det finns studier som pekar på att en allt högre ålder inte nödvändigtvis innebär en längre sjukperiod. Den mest sjuka åldern behöver inte nödvändigtvis bli längre eller tyngre bara för att befolkningen blir äldre.

Trots detta är högre ålder en faktor som medför ökad risk för sjuklighet och konsumtion av läkemedel, öppen och slutenvård samt olika former av kommunal service. Sjukdomstillstånd som är vanligare för äldre är bland annat trycksår, fall och psykisk ohälsa. Multisjuklighet och konsumtion av flera olika läkemedel är också vanligare hos äldre. Äldre personer lever längre med sina hälsoproblem. Det är färre som dör som friska, vilket bland annat har att göra med utvecklingen av läkemedel och medicinteknik. Fler läkemedel komplicerar behandlingen med

ökad risk för biverkningar som kan leda till ett större vårdbehov. Även tandvården påverkas av en åldrande befolkning bland annat då läkemedel ofta har biverkningar som ger muntorrhet, blottade tandhalsar och nedsatt finmotorik vilket gör det svårare att hålla tänderna rena och ger en mer utmanande typ av karies. Detta samtidigt som våra äldre har kvar sina egna tänder i högre utsträckning än förr.

Historiskt har sjukvården kunnat möta ett ökat vårdbehov genom att förändra vårdens innehåll så att antalet vårdplatser har kunnat minska. Detta har kunnat ske genom införandet av nya vårdmetoder som inneburit att vård som tidigare krävde inläggning på sjukhuset nu görs i dagvård, exempelvis gråstarrkirurgi och inte minst har hemsjukvården förändrats vilket har möjliggjort att allt fler och allt sjukare kan vårdas i hemmet i stället för på sjukhuset. Mot denna bakgrund bedömer Landstinget Blekinge i sin rapport Framtidens hälso- och sjukvård att dagens vårdplatsantal kommer att räcka även framöver då de rationaliseringsvinster som utvecklingen medför kommer kunna täcka upp ett förväntat ökat vårdbehov.

Landstinget Blekinge etablerar länsövergripande geriatrisk verksamhet som ska erbjuda god vård för våra äldre. Målgruppen är den åldrande sjuka människan med många samtidiga behandlingskrävande sjukdomar. Motsvarande satsning görs även avseende patienter med behov av specialiserad palliativ vård, det vill säga vård till patienter med obotliga, progressiva och komplexa sjukdomstillstånd i syfte att lindra lidande och främja livskvalitet. I arbetet läggs mycket vikt vid att skapa tydliga vårdprocesser för att på bästa möjliga sätt vårda och behandla människan – och i viss utsträckning de närstående.

Folkmängd

Sveriges folkmängd uppgick den 31 december 2014 till 9 747 355 och beräknas öka de kommande åren och under 2017 passera 10-miljonersgränsen. Den största ökningen är att vänta i de äldre åldrarna. SCB beräknar att fler utrikes födda invandrar än utvandrar, därmed kommer antalet utrikes födda att öka.

Folkmängden i Blekinge uppgick den 31 december 2014 till 154 157 invånare vilket innebär att 1,58 procent av Sveriges befolkning bor i Blekinge. Under 2014 ökade länets befolkning med 1400 personer, att jämföra med 442 personer år 2013.

| Län Kommun | Folkmängd | Folkökning |
|------------|-----------|------------|
| Blekinge | 154 157 | 1400 |
| Karlshamn | 31 598 | 326 |
| Karlskrona | 64 348 | 436 |
| Olofström | 13 031 | 129 |
| Ronneby | 28 221 | 350 |
| Sölvesborg | 16 959 | 159 |

Tabell: Folkmängd i Blekinge län och kommuner 31 december 2014 och befolkningsförändringar 2013-2014

Källa: SCB:s befolkningsstatistik

Alla kommuner ökade sitt invånarantal under 2014, även Sölvesborg som minskade med 8 personer under 2013 visar på en ökning.

Trots ett förväntat negativt födelseöverskott där fler personer avlider än föds beräknas befolkningen i Blekinge, precis som i riket, öka under de närmaste tio åren. Detta beror på en större inflyttning än utflyttning. Befolkningsökningen blir inte jämnt fördelad i länet utan förväntas koncentreras till Karlskrona, Karlshamn och Sölvesborg.

| Kommun | Karlskrona | Ronneby | Karlshamn | Sölvesborg | Olofström |
|-------------------|------------|---------|-----------|------------|-----------|
| Antal +/- år 2030 | + 3 617 | - 496 | + 956 | + 1 137 | - 561 |

En generell trend som påverkar folkmängden är att ungdomar flyttar till studieorter och det är endast en minoritet som flyttar tillbaka till sina hemkommuner efter studierna. Detta gör att medelåldern ökar.

Förslag på diskussionsfrågor:

Hur kommer utvecklingen med en åldrande befolkning påverka Landstinget Blekinge och hur möter vi vårdbehovet hos de allt fler äldre?

Hur går det för de ungdomar som blir kvar i länet och vad kan vi göra för att få dem som studerar på annan ort att flytta tillbaka efter studierna?

Hur kan vi behålla dem som flyttar hit för att studera?

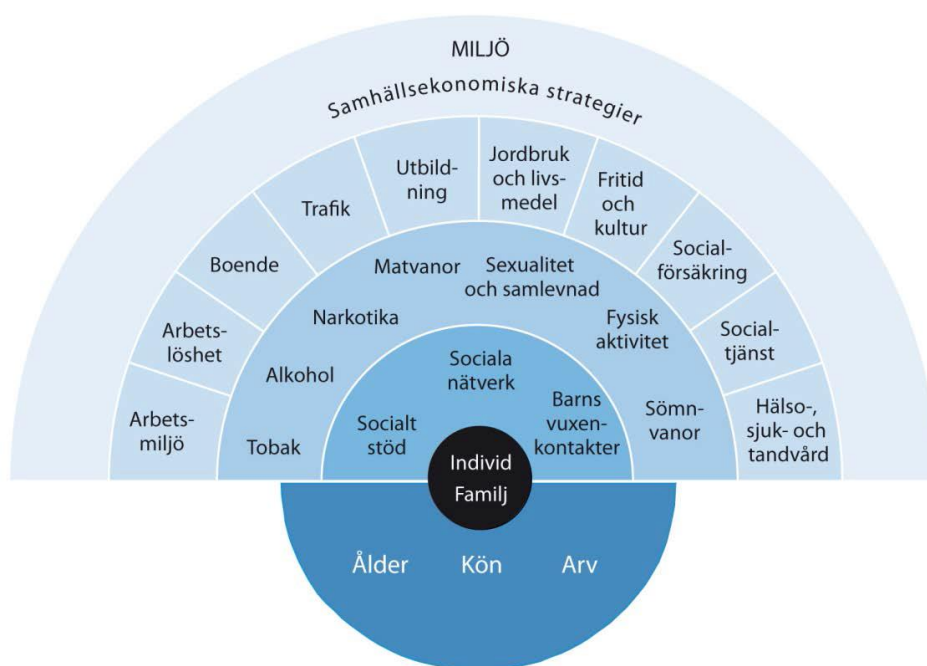
4. Skillnader i livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa

Kapitlet syftar till att beskriva utvecklingen av Blekingebornas livsvillkor, levnadsvanor, självskattade hälsa samt peka på skillnader mellan kön, åldersgrupper och grupper med olika utbildningsbakgrund. Avsnittet ger en bild av ett antal grupper i samhället som riskerar ohälsa mot bakgrund av livsvillkor, levnadsvanor och självskattad hälsa och bygger till stora delar på rapporten "Tillsammans kan vi göra skillnad Folkhälsorapport Blekinge 2014". Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Skillnader i livsvillkor bidrar till skillnader i hälsa. Jämfört med riket lever en större andel i befolkningen med sämre livsvillkor i Blekinge (t.ex. lägre utbildningsnivå, högre arbetslöshet). Detta är faktorer som bidrar till ökade risker för ohälsa.

Livsvillkor

Människan omges av livsvillkor som kön, ålder, familjesituation, utbildning, yrke, ekonomisk situation och sociala relationer. Livsvillkoren har ett starkt samband med våra levnadsvanor och vår hälsa. De med lägre utbildningsnivå och lägre inkomst har i större utsträckning sämre levnadsvanor. Det finns också en nära koppling mellan livsvillkor, levnadsvanor, självupplevd hälsa och förekomst av välfärdssjukdomar. I följande avsnitt redovisas några av de faktorer som visar sig ha ett starkt samband med den självskattade hälsan. Den självskattade hälsan är individens uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd.

Figur: Faktorer som påverkar hälsan



Källa: G. Dahlgren och M. Whitehead i Socialstyrelsens rapport Folkhälsan i Sverige årsrapport 2013

Ekonomiska förhållanden

Lägre disponibel årsinkomst

Den genomsnittliga disponibla inkomsten i Blekinge är 198 112 kronor per år. Motsvarande siffra för riket är 220 432 kronor per år. Lägst disponibel inkomst återfinns i Sölvesborgs kommun och den högsta i Karlskrona kommun.

Svårighet att betala löpande utgifter

9,9 procent av männen och 12,2 procent av kvinnorna anger att de vid ett eller flera tillfällen har haft svårigheter att klara sina löpande utgifter de senaste 12 månaderna. År 2011 var motsvarande siffra för männen 15,5 procent och för kvinnorna 18,4 procent.

Barn i ekonomiskt utsatta hushåll

De barn som löper störst risk att utsättas för barnfattigdom är barn till ensamstående föräldrar och barn som har utländsk härkomst. Förhållanden under barn- och ungdomsåren har stor betydelse för både den psykiska och fysiska hälsan under resten av livet.

I Blekinge återfinns den högsta andelen barn i ekonomiskt utsatta hushåll i Ronneby kommun, som dock ligger på riksgenomsnittet på 12 procent. Karlshamns och Sölvesborgs kommun har den lägsta andelen i länet på 10 procent. Länet som helhet ligger under riksgenomsnittet enligt statistik från 2012³.

Utbildningsnivå

Det finns ett starkt samband mellan utbildningslängd och hälsa. Störst skillnad i hälsa är det mellan de som endast har förgymnasial utbildning och de som har eftergymnasial utbildning. Utbildning påverkar hälsan genom många faktorer som t.ex. lägre hälsorisker i arbetslivet, högre inkomster och minskad ekonomisk utsatthet och stress (Socialstyrelsen 2013). I Blekinge är andelen medborgare med eftergymnasial utbildning lägre i alla åldersgrupper jämfört med riket. Förekomsten av eftergymnasial utbildning varierar mellan de olika kommunerna, där Karlskrona har högst andel högutbildade medan Olofströms kommun har lägst andel.

Behörighet till gymnasieskolan

Andelen elever i riket som uppnår behörighet till gymnasieskolan har minskat under större delen av 2000-talet (Socialstyrelsen 2013). År 2013 uppgick andelen behöriga till gymnasieskolan till 89 procent. Blekinge ligger strax under riksgenomsnittet med 88 procent behöriga att söka gymnasiet.

Arbetslöshet

Arbetslöshet ökar risken för psykisk ohälsa och kan också öka risken att dö i förtid bland annat av alkoholrelaterade orsaker eller på grund av självmord. Det finns också studier som indikerar ökad risk för beteende som påverkar hälsan negativt, såsom t.ex. rökning (Socialstyrelsen 2013). I Blekinge finns en högre andel arbetslösa, öppet eller i program med aktivitetsstöd, jämfört med riket. Framför allt ses detta i åldersgruppen 18-24 år. Andelen arbetslösa på riksnivå har minskat de senaste tre åren.

Sociala relationer

Studier ger belegg för att sociala relationer har en hälsofrämjande effekt. Viktiga delar i begreppet sociala relationer är sociala nätverk, socialt stöd, socialt deltagande, tillit, integrering och socialt kapital (Folkhälsomyndigheten). Blekinges senaste folkhälsorapport visar att länet överlag ligger

³ Folkhälsomyndigheten, Folkhälsodata

något lägre (8,5 poäng) än riket (8,8 poäng) avseende sociala relationer, och har så gjort under de tre tidigare mätningarna 2005, 2008 och 2011. I Sölvesborg och Olofström är siffrorna som lägst i länet, 8,0 poäng respektive 8,3 poäng. I enkäten svarar 69,4 procent i Blekinge och 73,0 i riket, att de tycker att de kan lita på de flesta människor. Siffrorna för respektive kommun i Blekinge skiljer sig inte nämnvärt.

Valdeltagande

Det finns ett positivt samband mellan demokratisk delaktighet genom valdeltagande och självskattad hälsa. Grupper i samhället med lågt valdeltagande anger i högre utsträckning en låg självskattad hälsa. Sedan 1970-talet har befolkningens valdeltagande i riksdagsval sjunkit, för att vid valen 2006 och 2010 ha ökat något igen. Fortfarande är dock valdeltagandet lägre än vad det var under perioden 1970-talet till 1990-talet (Socialstyrelsen 2013).

I Blekinge var valdeltagandet överlag högre än riket i genomsnitt för riksdags- och kommunalval år 2014. Undantaget var Olofströms kommun där valdeltagande ligger under riksgenomsnittet (Folkhälsorapport Blekinge).

Sammantaget ser vi i jämförelse med riket följande livsvillkor för Blekingeborna:

- Den genomsnittliga disponibla inkomsten är lägre
- Utbildningsnivån är lägre
- Ungdomsarbetslösheten är högre
- Sociala relationer är något svagare.

Levnadsvanor som påverkar hälsan

Ohälsosamma levnadsvanor medför en ökad risk för att utveckla ohälsa. Levnadsvanorna har en mycket stark koppling till många av våra vanligaste sjukdomar (exempelvis hjärt- och kärlsjukdom, cancer och psykisk sjukdom). Enligt WHO kan sunda levnadsvanor förebygga 80 procent av all kranskärlssjukdom och stroke och 30 procent av all cancer. Hälsosamma levnadsvanor kan förebygga eller fördröja utvecklingen av typ 2-diabetes. Den som inte röker, äter hälsosamt, är måttligt fysiskt aktiv och har en måttlig konsumtion av alkohol lever i genomsnitt 14 år längre än den som har ohälsosamma levnadsvanor (Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder).

Tobaksvanor

Daglig rökning

Enligt Socialstyrelsen har de som röker en vetenskapligt belagd ökad risk för 58 olika sjukdomstillstånd. De vanligaste är hjärt- och kärlsjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) och lungcancer. Cirka 6 400 människor dör i förtid varje år i Sverige på grund av sitt tobaksbruk. (Socialstyrelsen 2013). Varannan rökare dör i förtid av sitt bruk och förlorar i genomsnitt sju till åtta år av sin förväntade livstid. (Folkhälsomyndigheten).

Andelen dagligrökare i riket och Blekinge har minskat över tid. 11,4 procent av rikets kvinnor och 9,2 procent av rikets män är dagligrökare. Motsvarande siffror i Blekinge är 12,1 procent för kvinnor och 9,7 procent för män.

I förhållande till resultatet från 2011 är det en lägre andel dagligrökare 2014. Kopplat till ålder och kön finner vi att daglig rökning i Blekinge är vanligast hos kvinnor i åldern 41-60 år, (18,4 procent). Daglig rökning relaterat till utbildningsnivå visar att ju högre utbildningsnivå desto lägre andel dagligrökare.

Andelen kvinnor som är dagligrökare och uppger att de vill sluta röka är 64,1 procent. Motsvarande siffra hos männen är 59,3 procent.

Snusning

I Blekinge snusar 1,9 procent bland kvinnorna dagligen. Motsvarande siffra för män är 18,7 procent. I jämförelse med riket ligger Blekinge på en högre andel snusande män (17,5 procent) och en lägre andel vad gäller kvinnor (3,8 procent).

Alkoholvanor

Alkohol orsakar mer än ett sextiotal olika sjukdomstillstånd, varav de vanligaste är olika former av hjärt- och kärlsjukdomar, leverskador, cancer och psykisk ohälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2005b; WHO, 2011). Åren 2009–2011 avled i genomsnitt 2 153 personer per år (528 kvinnor, 1 625 män) med en alkoholrelaterad diagnos som dödsorsak (Socialstyrelsen 2013).

I den nationella folkhälsoenkäten mäts riskkonsumtion av alkohol.⁴ Vid en jämförelse mellan inkomst- och utbildningsnivåer finns det vissa skillnader i andelen som riskerar att drabbas av framtida alkoholskada. Andelen riskkonsumenter är stort i grupperna i samhället med den lägsta respektive den högsta disponibla årsinkomsten. Lägst andel riskkonsumenter återfinns i gruppen med en disponibel inkomst mellan 147 000 – 238 000 (Folkhälsorapport Blekinge 2014).

Narkotikavanor

Narkotikamissbruk medför ökade risker för medicinska och sociala skador. Det innebär också en ökad risk för förtida död. Olika typer av psykiska sjukdomar och besvär är vanligare hos personer med ett skadligt narkotikabruk men även ett mindre regelbundet bruk ger psykisk ohälsa i högre grad (Socialstyrelsen 2013).

Majoriteten av länets befolkning har inte använt narkotika. Den vanligaste typen av narkotika som används är cannabis (hasch och marijuana). Inom gruppen män 16–84 år har dubbelt så hög andel någon gång använt cannabis, 10,4 procent jämfört med kvinnornas 5,3 procent. För riket är motsvarande värden 15 respektive 8 procent. Den högsta andelen som har använt cannabis finns i åldersgruppen 16–34 år med 16,4 procent.

Spelvanor

Överdrivet spelande definieras som spelande om pengar som lett till negativa konsekvenser i fråga om hälsa, det sociala livet och/eller för ekonomin. Tre indikatorer används för uppföljning: spelande bland minderåriga, riskabla spelvanor och spelproblem. Cirka 2 procent av befolkningen har spelproblem och ytterligare fyra procent ligger i riskzonen för att utveckla spelproblem. Överdrivet spelande finns i alla befolkningsgrupper och i alla spelformer men det är vanligare bland män och unga personer. Var tionde man mellan 18-24 år är problemspelare, vilket är en fördubbling i den gruppen på 10 år. Den senaste forskningen visar att spelproblemen ökar bland kvinnor i medelåldern (Folkhälsomyndigheten webbplats).

Hälsa på lika villkor innehåller 2014 för första gången frågor om spelvanor. Genom frågor om man försökt minska sitt spelande, känt sig rastlös och irriterad om man inte kunnat spela eller ljugit om spelandet, kan ett mått för riskabla spelvanor räknas fram. Riskabla spelvanor är mer än

⁴ Riskkonsumtionen av alkohol mäts i den nationella folkhälsoenkäten med hjälp av frågeinstrumentet AUDIT-C som består av tre frågor om dryckesfrekvens, typisk kvantitet och frekvens av intensivkonsumtion. Svartalternativen för varje fråga tillskrivs ett värde mellan 0 och 4 poäng. Genom att värdena för svartalternativen på de tre frågorna adderas erhålls ett summaindex med ett värde mellan 0 och 12 poäng. Kvinnor med 5-12 poäng och män med 6-12 poäng räknas som riskkonsumenter av alkohol.

dubbelt så vanligt bland män, 4,4 procent jämfört med kvinnors 1,6 procent. Det är siffror som ligger lägre jämfört med riksgenomsnittet för män 6,2 procent och för kvinnor 2,1 procent.

Fysisk aktivitet

Oavsett ålder ger en stillasittande fritid negativa effekter. Det finns vetenskapligt stöd för ökad dödlighet, risk för insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar och i endometriecancer. Det verkar även finnas ett visst stöd för ett samband mellan stillasittande beteenden och risk för diabetes typ 2, cancerdödlighet för kvinnor och hjärt- och kärlsjukdom (Socialstyrelsen 2013). Att ha en stillasittande fritid utgör den lägsta aktivitetsnivån i Nationella folkhälsoenkäten.

I Blekinge uppger 13,8 procent att de har en stillasittande fritid vilket är en riskfaktor för ohälsa. Motsvarande siffra i riket är 14,1 procent. Över åren 2008, 2011 och 2014 kan ingen tydlig trend utläsas för fysisk aktivitet i de olika kommunerna i Blekinge. På riksnivå har det konstaterats att lågutbildade och grupper med låg socioekonomisk status rör sig mindre än högutbildade och grupper med hög socioekonomisk status. Samma mönster kan urskiljas i Blekinges resultat från Hälsa på lika villkor 2014 (Folkhälsorapport Blekinge 2014).

Matvanor

Goda matvanor, i kombination med framför allt fysisk aktivitet, kan förebygga hälsoproblem såsom t.ex. hjärt-/kärlsjukdomar, typ 2-diabetes, stroke, sjukdomar i rörelseorganen, vissa cancerformer och även psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten).

I Hälsa på lika villkor följs matvanorna upp genom indikatorn konsumtion av frukt och grönsaker. Resultatet visar att 11,6 procent av kvinnorna och 7,0 procent av männen når målet att äta frukt och grönsaker minst 5 gånger per dag⁵. I grupper med ett högt intag av frukt och grönt är det en högre andel som upplever ett bra allmänt hälsotillstånd. I gruppen med ett lågt intag av frukt och grönt är det en högre andel som röker dagligen och fler som upplever en sämre psykiska hälsa.

⁵ Den nya nationella rekommendationen är att äta minst 500 gram frukt och grönt per dag.

7 riskabla levnadsvanor i relation till riket

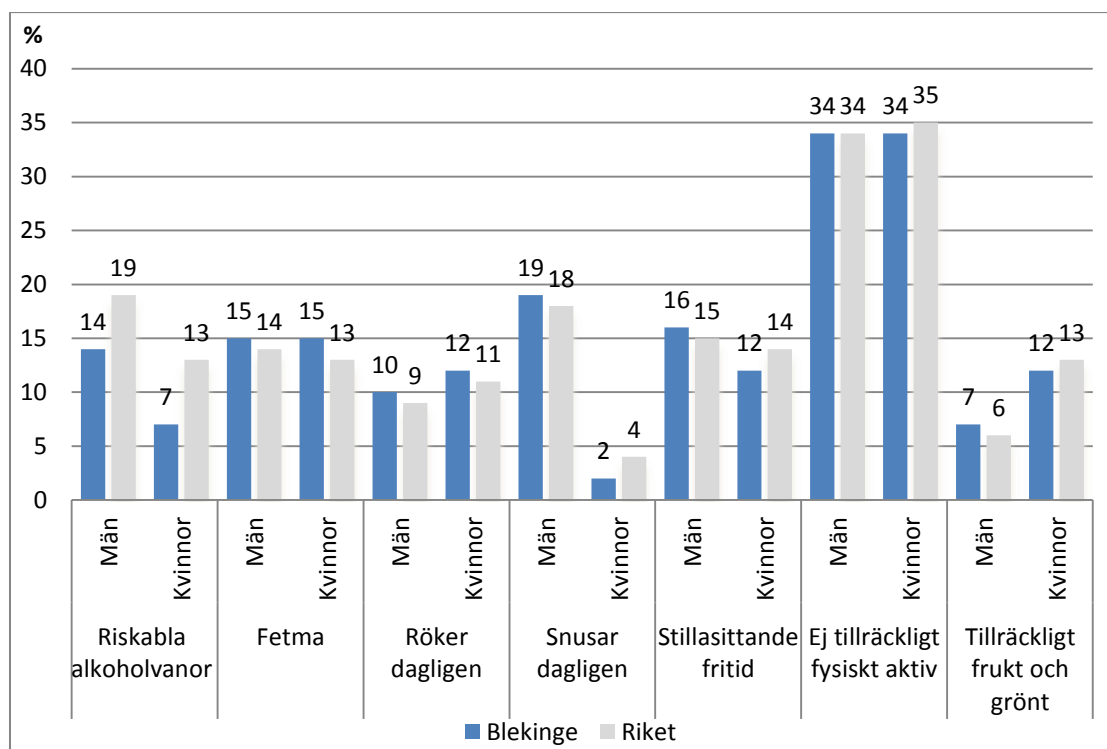


Diagram: 7 riskabla levnadsvanor – Blekinge i relation till riket (Källa: Hälsa på lika villkor)

Det finns både positiva och negativa resultat avseende levnadsvanorna att ta fasta på i jämförelse med riksgenomsnittet.

- Det är en lägre andel blekingebor med riskabla alkoholvanor jämfört med riket
- Männens dagliga intag av frukt och grönt har ökat och ligger strax över riksgenomsnittet
- En större andel yngre kvinnor och kvinnor i åldern 41-60 år är dagligrökare
- Något högre andel kvinnor och män med fetma.

Självskattad hälsa

Den självskattade hälsan är individens uppfattning om sitt allmänna hälsotillstånd. Måttet kan användas för att följa upp utvecklingen av generell hälsa i befolkningen samt ge indikationer om framtida belastning på hälso- och sjukvården eftersom det har ett starkt samband med bl.a. framtida sjuklighet, behov av hälso- och sjukvård och dödlighet. Att ha en sjukdom behöver inte per automatik innebära självskattad dålig hälsa men däremot kan självskattad dålig hälsa betyda en högre risk för framtida sjuklighet. Forskningen visar att en självskattad dålig hälsa ger en ökad risk för förtidspensionering, utnyttjande av sjukvård, sjuklighet, kronisk sjukdom, nedsatt kroppsfunction, nedsatt överlevnadsförmåga och förtida död.

Cirka 73,5 procent av svenskarna upplever sitt hälsotillstånd som bra eller mycket bra. Motsvarande andel i Blekinge är 71,4 procent.

Det kan konstateras att det finns skillnader i upplevd hälsa mellan könen och mellan olika socioekonomiska grupper. Det innebär att hälsan inte är jämställt eller jämlikt fördelad i vår befolkning.

- Yngre mår bättre än äldre. Bästa måendet återfinns i åldersgruppen 26-40 år

- Männerna mår överlag bättre än kvinnorna. 66,7 procent av kvinnorna och 75,9 procent av männen uppger ett bra hälsotillstånd. Denna skillnad är större än riket i övrigt (rikt: kvinnor: 71,2 procent, män 75,7 procent)
- Högutbildade mår bättre än lågutbildade
- Höginkomsttagare mår bättre än låginkomsttagare.

5. Stora folksjukdomar i Blekinge

Kapitlet bygger till stora delar på texter från Tillsammans kan vi göra skillnad Folkbälsrapport Blekinge 2014. För att kallas ett folkbälsproblem måste hälsoproblemet finnas hos minst 1 procent av befolkningen, och innebära allvarliga konsekvenser för befolkning och samhälle. Viktiga aspekter av problemets uppkomst bör vara kända, och förebyggande åtgärder måste ha visat sig kunna reducera problemet. Det bör också finnas någon form av hälsoekonomisk bedömning. Studier visar t.ex. att nästan 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka, där rökning och höga blodfetter är de största riskfaktorerna. Även psykosociala faktorer, fetma, lågt intag av frukt och grönt och låg grad av fysisk aktivitet utgör betydande riskfaktorer.

Allmänna mått på hälsoutvecklingen

Medellivslängd

Förväntad medellivslängd vid födelsen är ett demografiskt mått som visar hur länge ett nyfött barn förväntas leva i genomsnitt om samtliga nyfödda under sin livstid utsätts för de under perioden observerade dödsriskerna per ålder och kön. Medellivslängden ger en övergripande bild av hälsoutvecklingen i ett land och bestäms av de bakomliggande orsakerna till de dödsfall som inträffar.

I Sverige fortsätter medellivslängden att öka och år 2013 var medellivslängden 83,6 år för kvinnor och 79,7 år för män⁶. Den viktigaste förklaringen till de senaste decenniernas ökade medellivslängd är den minskade dödligheten i hjärt- och kärlsjukdomar (hjärtinfarkt och stroke) bland främst äldre⁷.

De senaste decennierna har skillnaderna i medellivslängd minskat mellan kvinnor och män. Vid 30 års ålder är könsskillnaden för den genomsnittligt återstående livslängden 3,6 år. Skillnaderna i medellivslängd är större mellan de med kort och lång utbildning (cirka fem år). Ju högre utbildning desto gynnsammare utveckling av medellivslängden.

Skillnaderna mellan utbildningsgrupper ökar. För kvinnor med förgymnasial utbildning har den återstående medellivslängden vid 30 års ålder knappt ökat under de senaste 20 åren (Socialstyrelsen 2013). Det finns skillnader i medellivslängd mellan olika län och kommuner. De högsta medellivslängderna på länsnivå år 2009-2013 finns bland kvinnor och män i Hallands län (84,5 respektive 80,6). De lägsta medellivslängderna finns för kvinnor i Västernorrlands län (82,6) och för män i Norrbottens län (78,5). På kommunnivå är skillnaderna större än mellan län.

År 2013 var medellivslängden i Blekinge län 83,7 år för kvinnor och 79,4 år för män. Skillnaden mellan könen uppgår till 4,28 (SCB).

Ohälsotal

Ett sätt att få en uppfattning om hur befolkningen mår är att studera ohälsotalet. Ohälsotalet är Försäkringskassans mått på frånvarodagar som ersätts från sjukförsäkringen under en tolv månadersperiod. Det mäts i antal utbetalda dagar med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning, rehabiliteringspenning och sjukersättning/aktivitetsersättning (tidigare benämnd förtidspension) från socialförsäkringen, som relateras till antal registrerade sjukförsäkrade individer i åldern 16-64 år. Den enskilt största inverkan på ohälsotalet har det antal dagar som utbetalas inom ramen för sjuk- eller aktivitetsersättning.

⁶ Statistiska centralbyrån (SCB)

⁷ Folkhälsomyndighetens webbplats: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/amnesomraden/statistik-och-undersokningar/folkhalsoatlas/lab-miljo-och-rapportblad/medellivslangd/>

Ohälsotalet har minskat de senaste åren, delvis beroende på ändrade regler inom sjukförsäkringssystemet. I december 2013 var ohälsotalet i riket 26,8 medan det i Blekinge var 28,5. Det finns skillnader mellan länets kommuner, där Olofström har högst ohälsotal och Karlskrona lägst.

Sjukpenningtal

Sjukpenningtalet anger antal utbetalda dagar per år med sjukpenning, arbetsskadesjukpenning eller rehabiliteringsersättning per registrerad försäkrad i åldrarna 16-64 år. År 2013 var sjukpenningtalet 8,0 i Blekinge och 8,4 i riket. Sjukpenningtalet för kvinnor i Blekinge låg på 10,2 och sjukpenningtalet för män uppgick till 5,9. Motsvarande siffror för riket var 10,8 dagar för kvinnor och 6 dagar för män. Den främsta orsaken till sjukskrivning är psykisk ohälsa i form av ångest och depression.

Stora folksjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige, både hos kvinnor och män. Ungefär hälften av västvärldens befolkning insjuknar och dör i någon av dessa sjukdomar, där akut kranskärlssjukdom utgör en stor del. I Sverige har tolv procent av befolkningen någon hjärt- eller kärlsjukdom. Ungefär 27 000 personer vårdas varje år på sjukhus för hjärtinfarkt.

Fler Blekingar drabbas av hjärtinfarkt

De senaste decennierna har hjärt- och kärldödligheten minskat kraftigt, och såväl insjuknanden som dödsfall inträffar vid allt högre åldrar. I Blekinge drabbades 544 per 100 000 invånare i åldrarna 20-85 år 2012 av akut hjärtinfarkt. Motsvarande siffra för riket är 432 per 100 000 invånare.

Studier har visat att nästan 90 procent av alla hjärtinfarkter orsakas av faktorer som går att påverka, där rökning och höga blodfetter är de största riskfaktorerna. Även psykosociala faktorer, fetma, lågt intag av frukt och grönt och låg grad av fysisk aktivitet utgör betydande riskfaktorer.

Cancersjukdomar

Cancer är ett samlingsnamn för cirka 200 olika sjukdomar som alla har det gemensamt att celler i kroppen har börjat dela sig okontrollerat. I takt med att hjärt- och kärlsjukdomarna minskat har cancer ökat som dödsorsak. I åldrarna upp till 80 år är cancer numera en vanligare dödsorsak än hjärt- och kärlsjukdomar bland både kvinnor och män. Uppskattningsvis kommer var tredje person att få en cancerdiagnos under sin livstid. Det är betydligt fler som insjuknar i cancer än som dör i cancer. En del blir botade, andra hinner dö av någonting annat än sin cancersjukdom. Risken för att dö i cancer ökar med stigande ålder.

Bland kvinnor är insjuknande i bröstcancer vanligast, medan lungcancer ger upphov till flest dödsfall. Bland män är prostatacancer vanligast både när det gäller insjuknande och död.

Fler män insjuknar i lungcancer

Antal insjuknande kvinnor i lungcancer i Blekinge 2012 var 35,9 kvinnor per 100 000 invånare. Dessa siffror ligger under riksgenomsnittet på 38,1 kvinnor per 100 000 invånare. Vad gäller mäns insjuknande ligger Blekinge fortfarande över riksgenomsnittet med 59,4 män per 100 000 invånare i jämförelse med riksgenomsnittet 40,4 män per 100 000 invånare.

Siffrorna ovan gäller för antal nya cancerfall per 100 000 personer 2012. Diagnoser: Lungcancer ospecificerad, lungcancer primär inklusive bronker och lungsäckscancer oavsett tumörtyp.

Psykisk ohälsa

Psykisk hälsa eller ohälsa är svårdefinierat och dess utbredning i befolkningen är svår att mäta, men räknas idag ändå som ett av de stora folkhälsoproblemen i Sverige. Besvär av ångslan, oro, ångest och sömnbesvär ökade under 1990-talet och början av 2000-talet.

Studier visar att cirka 25 procent av svenska kvinnor och 15 procent av männen har psykiatriska besvär som till exempel oro eller ångest. Det motsvarar runt 1,4 miljoner människor, och besvären är vanligare förekommande hos kvinnor än hos män.

Psykisk ohälsa har ökat de senaste decennierna och de största ökningarna finns bland unga, och i synnerhet unga kvinnor. Även statistik över sjukhusinläggningar och dödlighet talar för försämringar av de ungas psykiska hälsa. (Folkhälsorapport 2014).

Psykiatriförvaltningen anger i verksamhetsberättelse 2014 att den psykiska ohälsan i Blekinge tydligt märks genom tillströmning av unga människor med behov med komplex problematik och med stort behov av stöd, inte enbart från psykiatrin/habiliteringen utan från flera olika aktörer inom och utom landstinget.

Näst flest självmord bland män i Blekinge

I Sverige dör cirka 1 500 personer varje år genom självmord. Samtidigt räknar man med att det går tio självmordsförsök på varje självmord. Självmord är vanligare bland män än kvinnor och vanligare bland äldre än yngre. Bland kvinnor är självmord vanligast i åldersgruppen 45–64 år, bland män i gruppen 75 år eller äldre.

Statistik från 2010 visar att Blekinge har näst flest självmord i Sverige bland män räknat per invånare i länet.

Skador

Barn

Antalet dödsfall bland barn har minskat överlag de sista 30-40 åren, men ungefär 10 procent av alla barn uppsöker årligen en akutmottagning på grund av en skada till följd av en olycka. År 2007 var detta den främsta dödsorsaken bland barn i åldrarna 0-15 år. Barn som lever under bristande socioekonomiska förhållanden löper större risk att drabbas av olyckor och dess konsekvenser. Blekinge hade 2007 den lägsta förekomsten av barnskador i Sverige, mätt i antal vårdade i slutenvård per 100 000 barn i åldern 0-6 år. År 2013 ligger Blekinge län på 15 plats av 21 gällande yttre orsaker till skador och förgiftningar bland barn 0-9 år.

Fallskador bland personer 65 år och äldre

Fallolyckor är den vanligaste olycksorsaken i Sverige, speciellt bland äldre personer. I Sverige dör i genomsnitt mer än tre äldre personer varje dag till följd av fallolyckor. Medicinering och balansproblem är, förutom det som kan hänföras till olyckor som att halka eller snubbla, vanliga orsaker till fallskador bland äldre. Benskörhet som ökar risken för frakturer vid fallolyckor, är vanligare bland kvinnor och ökar dessutom med stigande ålder.

I jämförelse med övriga län i landet hade vi år 2007 i Blekinge lägst antal personer i åldern 65 år och äldre/100 000 invånare, som vårdades för fallolyckor i slutenvård. År 2013 har Blekinge förlorat positionen och ligger på 6 plats av 21 dock fortfarande under riksgenomsnittet på 2419 vårdade per 100 000 invånare jämfört med riksgenomsnittets 2629 per 100 000 invånare.

Fetma

Nära hälften av alla svenskar lider i dag av fetma eller övervikt. Mellan 2004 och 2013 har andelen personer med fetma i Sverige ökat från 11 procent till 14 procent. För att identifiera övervikt och fetma används måttet Body Mass Index (BMI), som uttrycker en relation mellan längd och vikt. Ett BMI över 30 klassas som sjukdomen fetma. Högt BMI utgör en riskfaktor för att drabbas av ett flertal olika sjukdomar och symtom, såsom värk och smärta, typ 2-diabetes, högt blodtryck, höga blodfetter, hjärt- och kärlsjukdomar samt vissa cancerformer. Fetma är en av de fem största riskfaktorerna för förlorade friska levnadsår. Fetma i kombination med andra riskfaktorer, som rökning, högt blodtryck och diabetes, ökar risken för sjukdom ytterligare. I Sverige har andelen personer med fetma fördubblats sedan 1980.

Högre andel blekingar med fetma

Hälsa på lika villkor 2014 visar att det i Blekinge finns en högre andel medborgare med fetma (15 procent) än i riket i genomsnitt (13,6 procent). Andelen män med fetma är högst i Sölvesborg med 22,2 procent. Olofström har den högsta andelen kvinnor med fetma med 22,4 procent.

Förebyggande kommunikationsinsatser

Genom att öka människors kunskap om hälsa kan de i större utsträckning göra livsval som bidrar till förbättrad folkhälsa. För att öka kunskapsnivån krävs olika kommunikationsinsatser gentemot befolkningen. Kommunikationsinsatserna bör ha ett stödjande perspektiv, det vill säga inriktas på att ge människor möjlighet att själva ta ett ansvar för sin egen hälsa. Förebyggande insatser för att ändra ett visst beteende, till exempel tobaksbruk, motionsvanor och liknande behöver vara omfattande och långsiktiga för att lyckas. Att påverka människor till att ändra ett beteende tar tid. I dessa sammanhang får kommunikationsinsatser som samordnas nationellt större genomslagskraft (till exempel senaste årens Stroke-kampanj, eller klassiker som Spola kröken och Socialstyrelsens 6-8 brödsvisor om dagen). Sådana insatser är också ofta kostnadsdrivande men kan på sikt spara sjukvården stora pengar. Förebyggande arbete i specifika målgrupper är resurskrävande men kan ha större förutsättningar för lyckat resultat.

6. Omställning för en hållbar utveckling

Hållbar utveckling innebär "en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov".⁸ De tre dimensionerna av hållbar utveckling - den sociala, miljömässiga och ekonomiska - ska samstämmigt och ömsesidigt stödja varandra. Studier visar på skillnader i både hälsa och sjukvård som har sin grund i sociala faktorer, utvecklingen med klimatförändringar och miljöförstöring måste vändas samtidigt som verksamheten ska präglas av god ekonomisk hushållning på både kort och lång sikt. En utveckling som inte är hållbar, med till exempel ökande ojämlikhet, luftföroreningar och ekonomisk obalans påverkar hälsan vilket gör att landstinget som hälso- och sjukvårdsmyndighet har dubbla incitament att verka för ett hållbart sambälle. Kapitlet beskriver även Landstinget Blekinges ansvar i sin roll som arbetsgivare utifrån de tre dimensionerna.

Den sociala dimensionen

Demokrati, mänskliga rättigheter och jämställdhet är förutsättningar för hållbar utveckling. Landstinget har ett ansvar att efterleva detta både utåt mot invånare och patienter och mot sina anställda.

Demokratin måste ständigt utvecklas för att folkstyrets former ska vara relevanta. Regeringen har tillsatt 2014 års demokratiutredning som en del i arbetet med att stärka individens möjligheter till inflytande. Bakgrunden till detta är en samhällsutveckling med bland annat ett minskat antal medlemmar i de politiska partierna, färre aktiva medlemmar i de traditionella folkrörelserna, ett mer nätverksbaserat civilsamhälle och fördjupade skillnader i deltagandet mellan olika samhällsgrupper. Förändringarna av det politiska engagemanget är särskilt tydliga när det gäller unga.

Socialt hållbar hälsa och vård

Landstinget är som politiskt styrd organisation beroende av befolkningens förtroende. Politikerna har i uppdrag att tolka befolkningens vilja och verkställa den med de resurser som står till buds och ett högt valdeltagande i valet till landstingsfullmäktige är viktigt för landstingets legitimitet. Valdeltagandet i 2014 års val till landstingsfullmäktige i Blekinge var med sina 84,19 procent tredje högst i landet och även 1,3 procent högre än 2010 års val.⁹ Värt att uppmärksamma är dock att valdeltagandet skiljde sig kraftigt mellan olika distrikt. Högst var valdeltagandet i Varans distrikt i Ronneby med 92,91 procent, följt av Torskors Hässlegården i Karlskrona med 92,53 procent. Det lägsta valdeltagandet fanns i Kungsmarkens och Galgamarkens distrikt i Karlskrona med 58,58 respektive 65,54 procent vilket ger en skillnad på drygt 34 procent mellan det högsta och lägsta deltagandet i länet. Skillnaderna ska ses i ljuset av att det finns ett positivt samband mellan valdeltagande och självs kattad hälsa.

Ytterligare aspekter på en socialt hållbar hälso- och sjukvård är att få befolkningen att förstå och acceptera de beslut som fattas. I detta syfte är det viktigt med transparens i besluten och diskussionen som föregår dem. Kommunikationen med befolkningen är en viktig uppgift och kan skapa förståelse och respekt för de prioriteringar som görs.

Flera rapporter visar att det finns omotiverade skillnader i såväl vilken vård människor får som vilken hälsa de har.¹⁰ Kapitlet "Skillnader i livsvillkor och levnadsvanor" visar hur sociala förutsättningar i Blekinge påverkar invånarnas hälsa. Det finns även omotiverade skillnader

⁸ FN-rapporten "vår gemensamma framtid" (1987), kallad Brundtlandrapporten

⁹ www.val.se

¹⁰ Till exempel En mer jämlik vård är möjlig Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande, Myndigheten för vårdanalys, 2014.

mellan kvinnors och mäns sjukskrivningar och rehabilitering. Hälso- och sjukvården har krav på sig att leverera en likvärdig vård till alla och att anpassa sin information till patienten och göra denne delaktig.

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att vård, behandling och bemötande ska erbjudas på lika villkor till alla. Faktorer som kön, bostadsort, sexuell läggning, etnicitet, ålder, social ställning, funktionsnedsättning, trosuppfattning, könsidentitet med mera får inte påverka den vård man får. Insatserna måste anpassas så att de motsvarar olika människors förutsättningar och behov. När barn kommer i kontakt med sjukvården som patient, anhörig eller besökare, ska sjukvården ta hänsyn till barnets ålder och mognad. Varje barn har rätt till god hälsa och rätt till sjukvård och barn med funktionsnedsättning har rätt till ett fullvärdigt och anständigt liv och hjälp att delta i samhället på lika villkor. Personal i landstinget ska ha såväl ett barnperspektiv som ett barnrättsperspektiv i möten och kontakt med barn.

Socialt hållbar arbetsgivare

Landstinget har i sin roll som arbetsgivare ytterligare aspekter att beakta utifrån den sociala dimensionen i hållbarhetsperspektivet. De viktigaste beskrivs nedan.

Ledarskap, medarbetarskap och organisation

Av landstingets ca 4 500 tillsvidareanställda medarbetare är drygt 200 chefer varav ca 150 är avdelningschefer. Förutsättningarna för chefskapet ser till viss del olika ut beroende på verksamhet, antal underställda medarbetare, geografisk placering etc. Att vara chef i landstinget är ett krävande och stimulerande uppdrag. Landstingets verksamhet är komplex med hög kompetens inom professionerna och det ställs krav på ständiga förbättringar. Ledarskap och medarbetarskap är nyckelfaktorer för allt förbättringsarbete. Att utveckla dessa båda så att de tillsammans är en stark drivkraft för förbättring är mycket viktigt för framtiden. Fokus, som hittills till stor del legat på ledarskapet behöver vidgas till att även omfatta och synliggöra medarbetarskapets betydelse. I begreppet medarbetarskap ligger dels ansvarstagande för sin egen arbetssituation, för det egna arbetet, för dess kvalitet dels ett engagemang, initiativkraft och vilja att påverka den egna och organisationens utveckling.

I arbetet med att utveckla och stärka ledarskap och medarbetarskap ingår många delar som samlat kan resultera i den drivkraft som eftersträvas. En viktig uppgift för landstinget är att skapa förutsättningar för både ledarskap och medarbetarskap. När det gäller ledarskapet så är den utmanande frågan hur organisationen och uppdraget ska se ut för att ge de bästa förutsättningarna. Forskning¹¹ visar bland annat att framgångsfaktorer är att jobba med mål som kopplar samman ekonomi och kvalitet, att det finns en formell beslutsstruktur och en tydlig ansvarsfördelning.

Personalomsättningen för chefer är hög, ca 20 procent 2014, och det innebär naturligtvis en påverkan på verksamheterna. Det finns därmed ett fortsatt behov av att fokusera på förutsättningarna för chefskap i landstinget. För medarbetarskapet kan det till exempel handla om att utveckla en gemensam syn på medarbetarskap, att ha dialog om och planer för kompetensutveckling och en gemensam värdegrund att stå på. Ett ytterligare sätt att stärka medarbetarskapet är att arbeta för en hälsofrämjande arbetsplats som ger medarbetarna möjlighet att ta ett ökat ansvar för sin egen hälsa. Den hälsofrämjande arbetsplatsen kännetecknas bland annat av att medarbetare är delaktiga och tar ansvar för verksamheten och dess utveckling, att de har en känsla av sammanhang, att de har ett reellt medinflytande och att arbetet bidrar till både personlig och yrkesmässig utveckling.

Landstinget har en ledningsfilosofi som väver samman ledarskap, medarbetarskap och organisation. Det behövs ett fördjupat arbete för att den ska få genomslag i verksamheterna. För

¹¹ Källa ”Så skapas goda jobb och en väl fungerande verksamhet i offentlig sektor”, 2013

både ledarskap och medarbetarskap behöver ledning och medarbetare tillsammans diskutera roller, förhållningssätt, uppdrag och ansvar för att kunna komma fram till bra beslut.

Miljödimensionen

FN:s klimatpanel IPCC slog 2013 fast att det är människan som med 95 procents sannolikhet har orsakat klimatförändringarna. Den globala efterfrågan på naturresurser och dess påverkan på miljön kommer fortsätta med nuvarande globala tillväxtmönster. Detta är något som länder och människor över hela världen måste förhålla sig till. Landstingets mest betydande miljö- och klimatpåverkande faktorer är läkemedel, lust- och anestesigaser, energi, kemikalier, transporter, avfall, livsmedel och resursanvändning i övrigt. Landstingets verksamhet är mycket energikrävande samtidigt som högre krav på energieffektivisering ständigt åläggs verksamheten.

Ju bättre miljö desto mindre miljörelaterad ohälsa. Luftföroreningar anses vara det i särklass största miljöhälsoproblemet i Europa, sett till antalet dödsfall.¹² Mest välbelagda är de negativa effekterna på hjärta-kärl och luftvägar. Även de jämförelsevis låga föroreningshalter som finns i Sverige tycks påverka barns lungfunktion.¹³ I Sverige orsakar luftföroreningar mer än 7 000 dödsfall årligen. Bullerstörningar är den miljöfaktor som berör flest människor. En av de allvarligaste effekterna av samhällsbuller är sömnstörning och buller har även diskuterats som en riskfaktor för hjärt-kärlsjukdom. Giftiga substanser som tungmetaller, organiska miljöföroreningar som PCB, dioxiner och bromerade flamskyddsmedel, når oss i låga koncentrationer via dricksvatten och livsmedel. Beräkningar tyder på att vår exponering för vissa av dessa ämnen ligger nära den nivå där man kan få hälsoeffekter. Andra miljöfaktorer som påverkar människors hälsa är bland annat ökade temperaturer, uttunning av ozonskiktet, förlust av biologisk mångfald och markförstöring.¹⁴

I framtiden kommer vi se ett ökat behov av lösningar för effektivare användning av energi- och naturresurser samt generellt ökad efterfrågan på god miljöprestanda inom alla samhällssektorer. Landstinget Blekinge har en Miljö- och hållbarhetsplan för åren 2014-2024 innehållande styrande mål för samtliga förvaltningars och nämnders miljö- och hållbarhetsarbete.

Ett verkningsfullt sätt för landstinget att bidra till en mer hållbar utveckling utanför länets gränser är att ställa hållbarhetskrav på de varor och tjänster som upphandlas och att sedan följa upp att dessa hålls. Landstingets leverantörer ska arbeta i enlighet med bland annat internationella konventioner för mänskliga rättigheter, barnkonventionen samt följa gällande miljö- och arbetsmiljölagstiftning i tillverkningslandet. Ett nytt EU-direktiv kring upphandling, antaget 2014, öppnar upp möjligheten för att fler och skarpare krav inom miljö och hållbarhet ska kunna ställas.

Den ekonomiska dimensionen

Ekonomiska beslut behöver inrymma överväganden utifrån den miljömässiga och sociala dimensionen. Detta innebär bland annat att beakta miljö- och hållbarhetsförbättringar vid investeringar, placeringar och kapitalförvaltningar. På flera sätt går strävan efter hållbarhet på miljöområdet hand i hand med hållbarhetsarbetet på det ekonomiska området. Det är till exempel ekonomiskt gynnsamt att minska förbrukningen av energi och svinnet på läkemedel och miljöupphandlade kemikalier ger mindre farligt avfall att ta hand om.

Det finns dock brytpunkter där de ekonomiska, sociala och miljömässiga intressena skiljer sig. En kortsiktig ekonomisk vinst skulle i längden kunna innebära större kostnader i form av till exempel

¹² Miljömedicin för en hållbar utveckling, Socialstyrelsen

¹³ Läkartidningen 2014;111:CSAU

¹⁴ Läkartidningen 2014;111:CSSC

ökande vårdsador. Ekonomiska vinster av förebyggande arbete inom till exempel patientsäkerhet, folkhälsa och miljö är svåra att mäta inte minst då effekten uppträder lång tid efter genomförandet av insatserna. Det finns dock verktyg som kan visa hur befolkningens utveckling av levnadsvanor påverkar landstingens, kommunernas och Försäkringskassans utgifter. Ett exempel på detta är den "Hälsokalkylator" som Nätverket Hälsöfrämjande hälso- och sjukvård har tagit fram i samarbete med Uppsala universitet. Denna kan till exempel visa att en minskning med en procent av andelen personer i Blekinge mellan 20-64 år som röker dagligen skulle bespara hälso- och sjukvården nästan 2,2 miljoner kr. En procent uppgår till 112 personer.

En ekonomi i balans

Sedan 2005 finns en lagregel om god ekonomisk hushållning i kommunallagen. Lagen skärper de ekonomiska kraven på landsting och kommuner. Lagen innebär att både budget och utfall ska uppvisa positiva resultat varje enskilt verksamhetsår. Syftet med lagen om god ekonomisk hushållning är att varje generation ska betala för sin välfärd och inte skjuta betalningarna på framtiden.

Landstingets förvaltning ska genomföras på ett sådant sätt att verksamheten karaktäriseras av god hushållning av tillgängliga resurser. Ekonomin ska vara stark på såväl kort som lång sikt och en förutsättning för detta är att det finns balans mellan intäkter och kostnader. På lång sikt räcker det inte med att intäkterna och kostnaderna är lika stora, intäkterna bör överstiga kostnaderna för att ge förutsättningar för en stabil och långsiktigt trygg verksamhet. Ska landstingets kapacitet bibehållas över tid krävs att det egna kapitalet värdesäkras, det vill säga att värdet på det egna kapitalet inte minskar. Genom att skapa positiva resultat kan landstinget bättre stå emot konjunktursvängningar och de effekter konjunktursvängningar leder till på landstingets skatte- och statsbidragsintäkter. Ett budgeterat överskott skapar förutsättningar för hantering av tillfälliga kostnadskrävande åtgärder, variationer i skatteprognoser samt andra variationer under innevarande år.

En stor utmaning de kommande åren är pensionerna. De kommande åren ska den gamla pensionsskulden betalas av samtidigt som landstinget har pensionskostnader för dagens anställda. De senaste åren har stora årskullar anställda i landstinget, vilka har ett betydande intjänande i det gamla pensionsavtalet, gått i pension. Kostnaden för pensionsutbetalningar har därför ökat kraftigt och fortsätter så i ytterligare ett par år. Den starkaste ökningstakten av dessa kostnader har dock passerats.

Just nu befinner sig landstinget i en period där kostnaderna för pensioner är större än utbetalningarna. Det betyder att landstinget har möjlighet att återlåna från sina pensionsmedel och finansiera sina investeringar på detta vis.

Soliditet

Soliditeten mäter betalningsförmåga på lång sikt, det vill säga hur stor andel av landstingets samlade tillgångar som finansieras med eget kapital. Landstinget Blekinge ska ha en god långsiktig betalningsförmåga och därmed klara perioder av underskott. Tillgångarna i verksamheten finansieras dels med eget kapital och dels med externa skulder. En allt för hög skuldsättningsgrad ökar risken för att påverkas negativt av finansiella kostnader. En större andel eget kapital ger större möjlighet att finansiera framtida investeringar med egna medel.

| | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Soliditet | 36,1% | 36,2% | 40,8% | 39,4% | 41,3% |

Tabell: Landstingets soliditet de senaste fem åren.

Likviditet

Likviditeten mäter betalningsförmåga på kort sikt, det vill säga landstingets omsättningstillgångar exklusive lager i förhållande till kortfristiga skulder (det vill säga skulder med förfallodag inom ca ett år).

| | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Likviditet | 111% | 162% | 136% | 81% | 75% |

Tabell: Landstingets kassalikviditet de senaste fem åren.

Landstingets betalningsförmåga på kort sikt visar på ekonomisk stabilitet genom god kassalikviditet. De likvida medlen (kassaflödesanalys) ökade med 167 mnkr under 2014.

Förutsättningar för investeringar 2016

De kommande åren krävs det omfattande investeringar som kommer påverka resultatbudget med ökade avskrivningskostnader och eventuella driftkostnadsökningar och engångskostnader i samband med investeringarna. Detta kan finansieras genom egenfinansiering eller med lånefinansiering. Troligen kommer inte skatteintäkter och statsbidrag att öka i samma takt vilket leder till att finansiering behöver ske genom effektiviseringar i verksamheten.

I den ekonomiska planen är förslaget att landstinget ska ha en avskrivningsbudget på 166 mnkr under 2016, 166 mnkr 2017 och 166 mnkr för 2018. För att behålla värdet i balansräkningen ska investeringarna inte understiga avskrivningarna. För kommande planeringsperiod är investeringsnivån 250 mnkr årligen samt ytterligare 3,5 mdkr att använda under en tioårsperiod avsedda för framtidens hälso- och sjukvård (se vidare kapitel *Utvecklingen i takt med medicinska och tekniska framsteg*). Målsättningen är att så stor andel som möjligt av investeringarna ska finansieras med egna medel under planperioden.

Ekonomistyrning

Kostnadsläget styrs genom en tydlig planerings- och budgetprocess. Landstinget arbetar med att förbättra budgetprocessen i syfte att förtydliga kopplingen mellan mål, resursfördelning och resultat för att få en budget som stämmer överens med verksamheten. Målsättningen är att budgeten ska vara det primära styrinstrumentet på alla nivåer i organisationen. Budgetprocessen ska därför ha en tydlig planeringsinriktning och framtidsorientering och det ska på samtliga nivåer finnas en tydlig koppling mellan budget och uppdrag. En effektiv styrning kräver en sammanhållen process mellan budget och uppföljning vid delårsbokslut och årsredovisning. För att uppnå en bra budgetprocess krävs dialog och delaktighet från alla delar i organisationen samtidigt som ansvarsfördelningen är tydlig.

Vårdtillfällen är ett produktionstal för slutna vård och motsvarande mått för öppenvård är vårdkontakter. Landstinget Blekinges kostnadsläge är i förhållande till riket och angränsande landsting högt samtidigt som produktionen, både vårdkontakter och vårdtillfällen, ligger på jämförbar nivå.

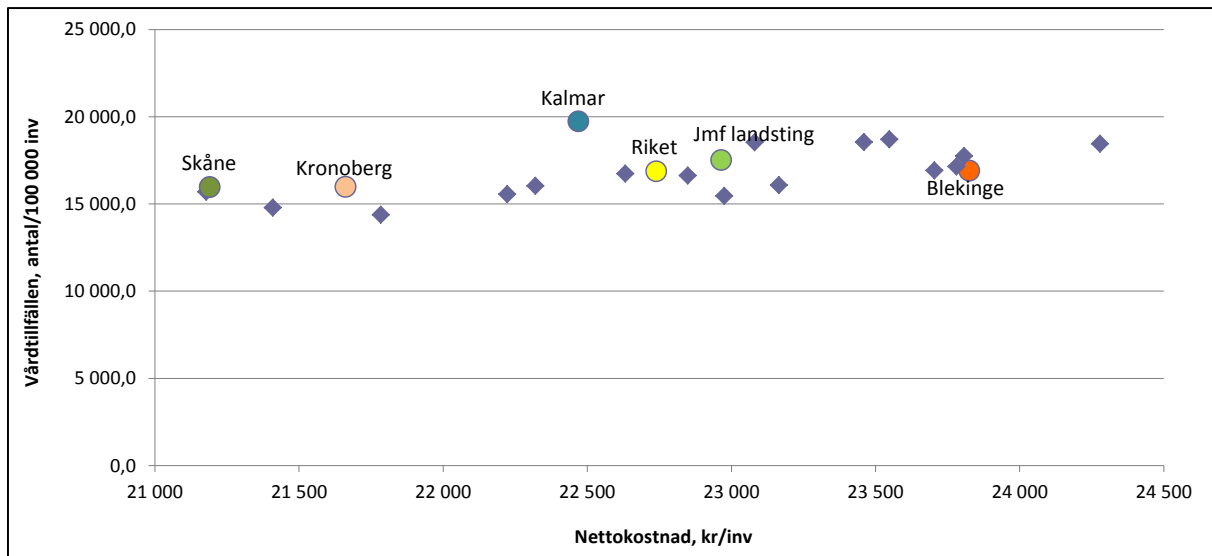


Diagram: Vårdtillfällen producerade i Blekinge (primärvård, somatik och psykiatri) samt nettokostnad i förhållande till övriga landsting. Grannlandstingen har markerats för jämförbarhet. (Källa: www.kolada.se)

Befolkningsförutsättningarna, det vill säga socioekonomiska förhållanden, ålderssammansättning med mera, skiljer sig åt i riket. Blekinge har till exempel en äldre befolkning än genomsnittslandstinget vilket påverkar vid jämförelser. Ett bättre jämförelsemått än riksgenomsnittet är, enligt diagrammet ovan jämförbara landsting. Vid dessa jämförelser är produktionstalen jämförbara, dvs Blekinges invånare har samma befolkningsförutsättningar som de jämförbara landstingen. Kostnadsläget är även vid dessa jämförelser höga men antalet vårdtillfälle är något lägre och antalet vårdkontakter (diagrammet nedan) är i samma nivå.

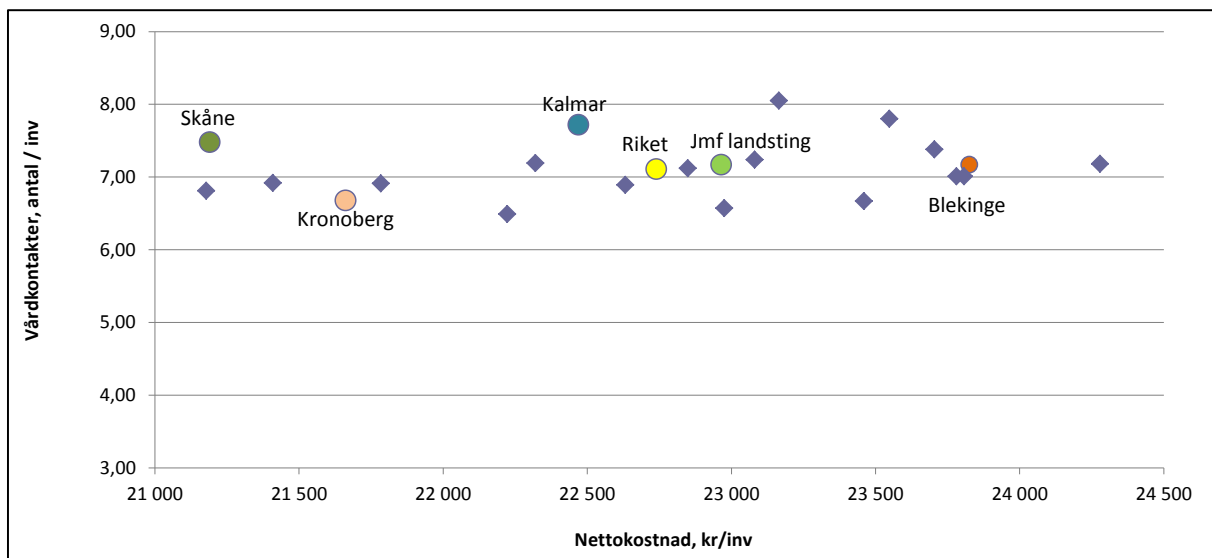


Diagram: Viktade vårdkontakter, det vill säga vårdkontakter hos såväl läkare som övrig personal, genomförda i Blekinge (primärvård, somatik och psykiatri) samt nettokostnad i förhållande till övriga landsting. Grannlandstingen har markerats för jämförbarhet. (Källa: www.kolada.se)

Förslag på diskussionsfrågor:

Hur långt sträcker sig Landstinget Blekinges ansvar för att vara en aktör för hållbar utveckling?

Vilka är framgångsfaktorerna för hållbar utveckling och hur uppfyller vi dem? Vilken roll spelar till exempel samverkan med andra aktörer i samhället?

Vilka brytpunkter finns där de miljömässiga, ekonomiska och sociala intressena skiljer sig åt? Hur ska vi förhålla oss till dem?

7. Befolkningens förändrade attityder till och förväntningar på hälso- och sjukvården

Befolkningens uppfattning om och förtroende för hälso- och sjukvården ger en indikation på hur väl vården fungerar. Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården är därför viktiga perspektiv att ha med i arbetet med att planera, leda, styra och förbättra landstingets verksamhet.

Kapitlet innehåller övergripande attityd- och värderingsförändringar, ett urval av resultat från Vårdbarometern 2010-2013 samt erfarenheter från patienters och närståendes kontakt med vården. För en mer omfattande redovisning av Vårdbarometern och Nationell patientenkät se [www.vardbarometern.nu](http://npe.skl.se/) samt <http://npe.skl.se/>

Övergripande förändringar

Globaliseringen och ny kommunikationsteknologi

Globaliseringen och ny kommunikationsteknologi har inneburit att idéer, kunskap och trender får en snabbare spridning och når fler människor idag än tidigare. Förändrade värderingar uppstår genom att vi blir influerade av människor och skeenden utanför våra landsgränser och kulturella gränser. Det innebär att variationer i värderingar mellan olika individer ur samma generation troligtvis kommer att öka, men också att de globala variationerna kollektivt sett tenderar att bli mindre. En fortgående attityd och praxisförändring som innebär förväntad högre livskvalitet genom bättre hälsa noteras. Detta ställer krav på omfattande medicinska åtgärder även i högre åldrar¹⁵.

Medicinsk utveckling och förändrade förväntningar på vården

Det är inte bara demografin som påverkar trycket på hälso- och sjukvården och övriga välfärdstjänster utan också medborgarnas ökade förväntningar på tillgång och kvalitet i den offentliga sektorns service. Ett ökat välstånd ökar såväl medborgarnas efterfrågan på offentliga tjänster som förväntningarna på kvaliteten.

Den medicinska utvecklingen och nya innovationer skapar förväntningar hos befolkningen. Förväntningarna leder till ett efterfrågetryck som såväl kan få ekonomiska konsekvenser som kan påverka utfallet av en medicinsk insats. Ett exempel är penicillinets genombrott som har inneburit stora möjligheter att bota infektioner men efterfrågan/utbud och överkonsumtion har inneburit utvecklingen av resistent bakterier vilket i sin tur har skapat nya utmaningar (se kapitel Ökad global sårbarhet)¹⁶.

En alltmer välinformerad befolkning

Internet fortsätter att spridas till allt fler svenskar, trots att Sverige redan hör till de länder som har den högsta andelen internetanvändare. År 2014 har nio av tio svenskar tillgång till både internet och dator. Totalt tillbringar vi 21,6 timmar per vecka på internet. Tillgången till smarta mobiler och surfplattor ökar också.

Enligt undersökningen *Svenskarna och Internet 2014* har dock den ökning av användningen av sociala medier, som varit omfattande under senare år, stannat av. Idag är det omkring 66 procent av befolkningen som är 12 år eller äldre som använder sociala medier.

Allt fler svenskar använder mobila lösningar för att få tillgång till internet. Användningen av smarta mobiler steg kraftigt fram till 2013 men har nu börjat bromsa upp. Däremot fortsätter

¹⁵ Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och Landsting

¹⁶ Ibid.

surfplattorna att sprida sig med den största ökningen hittills under 2014. 73 procent av svenskarna har tillgång till en smart mobil och 53 procent har tillgång till en surfplatta¹⁷.

Informations- och kommunikationsteknologin har haft stor inverkan på vårt sätt att leva, våra beteenden och våra värderingar. Information har på relativt kort tid blivit allas egendom¹⁸. En av de tydligaste trenderna inom hälso- och sjukvårdsområdet är patienternas möjlighet att söka information om hälsa, sjukdom, behandling och läkemedel etc. via internet. I en läkarstudie så tidigt som 2009 framträdde en tydlig bild av att en av de viktigaste framtidsfrågorna när det gäller relationen mellan läkare och patient handlar om de mer pålästa patienterna med högre krav på att informeras, tillgänglighet och behandling och en minskande auktoritetstro.¹⁹

Studier visar också att nya informationskällor träder fram. Bland de yngre (16-35 år) som söker hälsoinformation på internet svarar 25 procent att de oftast hittar sin hälsorelaterade information på svenska eller internationella diskussionsforum²⁰.

Att nå fram med information på rätt sätt till socioekonomiskt svaga grupper är en utmaning. Regeringen gav 2014 Folkhälsomyndigheten i uppdrag att identifiera de faktorer som är relevanta för att nå fram med budskap om antibiotika och dess användning till särskilt svårnådda grupper. Syftet är att det ska leda fram till metoder och paket av budskap och kommunikationsvägar som ska kunna användas på bred nationell basis. Paketerna ska kunna utgöra komplement till de kommunikationssatsningar som i dag drivs av landstingen kring antibiotikaanvändning. Att fler liknande initiativ ska tas på nationell basis är inte något som vi kan förvänta oss, men det finns ett behov att titta vidare på hur ett litet landsting som Blekinge ska kunna tillgodose målgruppsanpassade informationsbehov till många olika svårnådda grupper, som till exempel personer med annan kulturell bakgrund, annat modersmål än svenska, funktionshinder, låg utbildning, låg inkomst, låg IT-mognad eller liknande. Information och kommunikation till specifika målgrupper är resurskrävande men har större förutsättningar för ett lyckat resultat.

Förväntningar och krav på tillgänglig information och tillgängliga tjänster

Utvecklingen innebär att tre av fyra svenskar i dag är att betrakta som e-mogna, i betydelsen att de använder internet på ett kvalificerat sätt och kan förväntas vara kapabla att ta del av de många nya möjligheter som nätet erbjuder ur olika aspekter, inklusive hälsotjänster. Utvecklingen kommer att innebära att förväntningarna på den kommunala välfärdssektorn ökar t.ex. avseende att viss service alltid ska vara tillgänglig. Uppkopplingen till internet minskar den geografiska bundenheten för att få tillgång till viss service och information²¹.

Internet är därför en viktig kanal för landstinget för att nå medborgarna, men samtidigt är det viktigt att vara medveten om att det finns cirka 1 miljon svenskar som inte använder internet. Den största gruppen i den fjärdedel av svenskarna som inte är e-mogna är lågutbildade äldre över 66 år. Denna grupp är särskilt stor bland de människor som inte alls använder internet. Äldre kvinnor är överrepresenterade i det digitala utanförskapet. En intressant iakttagelse är att nära samtliga medelålders och yngre kvinnor söker hälsoinformation på internet. Särskilt vanligt är detta bland kvinnor med högskoleutbildning²².

¹⁷ Svenskarna och internet 2014, <http://www.soi2014.se/>

¹⁸ Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och landsting

¹⁹ Dr Watson, Dr Google och Vårdkartan, Kairos future 2014

²⁰ Svenskarna och internet 2014, <http://www.soi2014.se/>

²¹ Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och landsting

²² Dr Watson, Dr Google och Vårdkartan, Kairos future 2014

Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården i Blekinge

Förtroendet för hälso- och sjukvården

Att stärka förtroendet för hälso- och sjukvården är viktigt av flera skäl. Människor ska känna sig trygga i mötet med vården. Ur det demokratiska perspektivet är det viktigt att invånarna uppfattar att skattepengar används på bästa möjliga sätt i vården.

Diagram: Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i ditt landsting/region? (%)

| Blekinge | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------|------|------|------|------|
| Mycket stort | 22 | 19 | 18 | 21 |
| Ganska stort | 43 | 40 | 43 | 42 |
| Varken eller | 27 | 24 | 30 | 29 |
| Ganska litet | 6 | 11 | 6 | 6 |
| Mycket litet | 2 | 5 | 3 | 2 |

Källa: Vårdbarometern

I Blekinge anger 63 procent att de har mycket eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i landstinget. Motsvarande resultat för riket är 60 procent. De främsta anledningarna till bristande förtroende totalt sett uppges vara: dålig kompetens hos läkare, man får inte den hjälp man behöver samt olika läkare/personer från gång till gång.

Undersökningen visar att förtroendet för sjukhusen i det egna landstinget generellt sett är högre än förtroendet för vårdcentralerna. Personer som uppger att de har ett dåligt eller mycket dåligt allmänt hälsotillstånd anger i högre utsträckning bristande förtroende jämfört med de med bra eller mycket bra hälsotillstånd.

Vård på lika villkor

Diagram: Målet för hälso- och sjukvården är god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Uppfattar du att vården ges på lika villkor, dvs. att behovet av vård avgör, inte något annat?

| Blekinge | 2012 | 2013 |
|----------|------|------|
| Ja | 58 | 57 |
| Nej | 42 | 43 |

Källa: Vårdbarometern

I Blekinge är det 57 procent som svarar ja på frågan om vården ges på lika villkor, det vill säga att behovet av vård avgör och inget annat. Motsvarande siffra för riket är 50 procent. Det finns en skillnad mellan hur kvinnor och män svarar på frågan om vård på lika villkor. Männerna anser i högre utsträckning (61 procent) än kvinnorna (53 procent) att vården ges på lika villkor. Motsvarande resultat för riket är 55 procent för män och 44 procent för kvinnor. De tre främsta orsakerna till att vården inte ges på lika villkor är: socioekonomi/ekonomiska förutsättningar, personer som har svårt att tala för sig och ålder.

Diagram: Jag har tillgång till den sjukvård jag behöver (%)

| Blekinge | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|--------------------|------|------|------|------|
| Instämmer helt | 68 | 59 | 55 | 58 |
| Instämmer delvis | 17 | 20 | 22 | 21 |
| Varken eller | 9 | 13 | 15 | 13 |
| Tar delvis avstånd | 4 | 5 | 5 | 4 |
| Tar helt avstånd | 2 | 3 | 3 | 3 |

Källa: Vårdbarometern

I Blekinge är det 79 procent som instämmer helt eller delvis i påståendet att de har tillgång till den sjukvård de behöver. Motsvarande resultat för riket är 78 procent. Det upplevda allmänna hälsotillståndet har stor betydelse för svarsmonstret. De personer som bedömer sig ha ganska dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd uppger i lägre utsträckning (61 procent) att de har tillgång till den sjukvård de behöver jämfört med de som anser sig ha ett bra eller mycket bra hälsotillstånd (80 procent). För att de svarande ska uppleva att de har en bättre tillgång till sjukvård anges kortare väntetider, lättare att boka tid för läkarbesök och kortare avstånd till sjukvården.

Patients och närståendes kontakt med vården

Kontakter med vården

För att kartlägga om landstinget lever upp till målet om en god hälsa på lika villkor, är det viktigt att undersöka hur befolkningen upplever sina kontakter med vården. Det är viktigt att följa vårdutnyttjandet över tid och även eventuella skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Detta kan ge en indikation om att vården inte ges på lika villkor, vilket kan bidra till en mer ojämnt fördelad hälsa.

Generellt sett nyttjar kvinnor mer vård än män. Drygt hälften av kvinnorna (56 procent) och strax under hälften av männen (47 procent) har besökt någon vårdgivare under de senaste tre månaderna. Vanligast är besök hos läkare på vårdcentral eller privatläkare, därefter kommer besök hos läkare på sjukhus. Som väntat har äldre i större utsträckning än yngre varit i kontakt med olika former av vård.

16 procent av befolkningen i länet har under en tremånadersperiod avstått från att söka vård, trots att de upplevt behov av det. Anledningen till att man avstått från vård varierar, men som främsta skäl anges negativa erfarenheter från tidigare besök. Andra orsaker är att man inte hade tid, att besvären gick över eller att det var för långa väntetider²³.

Förtroendenämndens ärenden

Förtroendenämndens kontakter med patienter och närstående har 2014 resulterat i 428 registrerade ärenden, vilket är en ökning med 3 procent jämfört med 2013. Detta är positivt, och helt i linje med intentionerna i både Patientsäkerhetslagen och Lag om patientnämndsverksamhet.

I nedanstående diagram åskådliggörs utvecklingen av Förtroendenämndens ärenden uppdelat på kontaktorsak.

²³ Folkhälsorapport Blekinge 2014

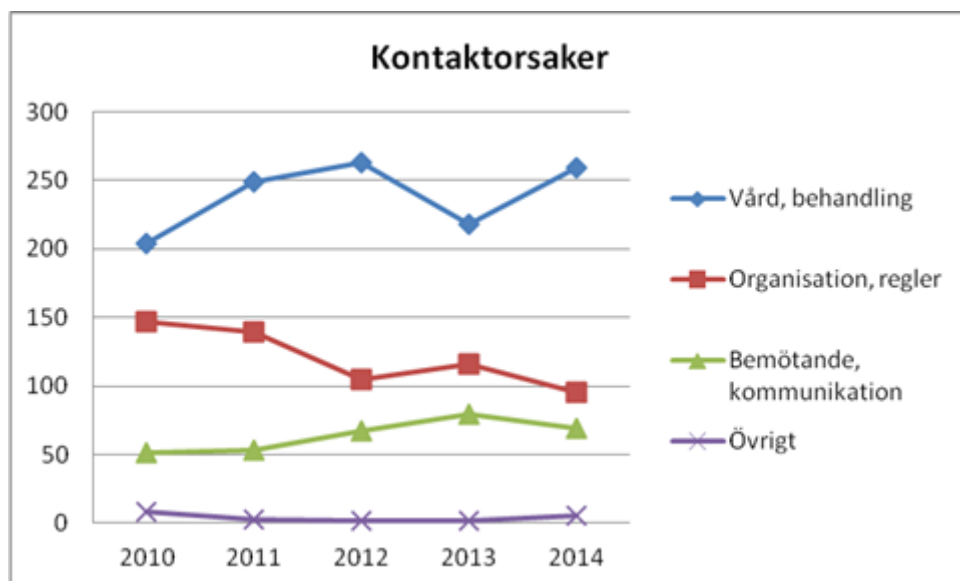


Diagram 1 Femårsjämförelse, fördelat på kontaktorsaker (Källa: Förtroendenämndens verksamhetsberättelse 2014).

Den största gruppen ärenden rör någon aspekt av vård- och behandlingsfrågor (61 procent). Ett problem som är tydligt i åtskilliga ärenden är att en del patienter känner att de själva får ta ett alltför stort ansvar för samordning av sjukvårdsinsatser, uppföljning och nya initiativ. Negativa konsekvenser av detta är bl.a. att nödvändig vård kan bli fördröjd och att telefonsamtal till vården ökar i onödan, med försämrad tillgänglighet för patienter som bättre behöver nå fram och högre arbetsbelastning för personalen som följer.

Brister i kontinuitet och samordning ses inte sällan, och ibland kan detta leda till förseningar av rätt diagnos och behandling med konsekvenser för patienten i form av högre sjukdomsburda och för vården som behov av större resursinsatser. En viktig orsak till detta är hög andel läkarvakanser inom vissa områden, särskilt primärvård och psykiatri, och därav hög andel inhyrd personal. Fast vårdkontakt utses inte tillräckligt ofta för patienter med behov av samordning, med undantag för cancervården där särskilda kontaktsjuksköterskor utses (Förtroendenämndens verksamhetsberättelse 2014).

Brister i samordning och kontinuitet

Ovanstående iakttagelser om brister i kontinuitet och samordning bekräftas av en nyligen presenterad nationell utvärdering från Myndigheten för vårdanalys. Där dras slutsatsen att svensk hälso- och sjukvård har stor förbättringspotential när det gäller att göra vården mer patientcentrerad. Några utvecklingsområden som identifierades var:

- Vården är sämre på att ge information som gör det möjligt för patienten att ta välgrundade beslut om sin vård och hälsa
- Vården har inte lyckats skapa bättre förutsättningar för patienten att ta en mer aktiv roll i mötet med vården
- Vården kan bli bättre på att stödja patienten att själv kunna följa och hantera sin sjukdom
- Fortsatta brister ses i koordineringen av vården men samordningen av information har till viss del stärkts
- Vårdens engagemang i livsstilsfrågor har fortsatt förbättringspotential²⁴.

²⁴ Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder, Myndigheten för vårdanalys

Förslag på diskussionsfrågor

Att dra nytta av digital teknik bygger på att man vet och kan. Finns det grupper som står utanför?

Vilka förväntningar på landstinget har en generation som alltid varit ständigt uppkopplad?

Vilka tecken ser vi på ökade förväntningar på hälso- och sjukvården i Blekinge?

Utifrån mätningar av förtroende för vården, vilka slutsatser kan vi dra om hur väl hälso- och sjukvården svarar upp mot befolkningens förväntningar?

Hur kan vi parallellt med att möta befolkningens förväntningar säkra en vård på lika villkor för alla och en hälso- och sjukvård som prioriterar dem med störst behov?

8. Förändrad kravbild och maktförskjutning

Staten, landstingen/regionerna och kommunerna har olika uppdrag i den svenska hälso- och sjukvården. Landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstingets gränser. Kommunerna är också sjukvårdshuvudmän och ansvarar för delar av hälso- och sjukvården för sina invånare. Staten har traditionellt styrt och påverkat sjukvårdshuvudmännen genom lagstiftning och andra författningar, men också genom vissa statliga stöd och kunskapsunderlag som nationella riktlinjer. Vi noterar en utveckling där dels handlingsutrymmet på lokal och regional begränsas, dels förändringar som på olika sätt ställer allt högre krav på brukar-/patientinflytande.

Övergripande utveckling

Förändrade roller för den offentliga organisationen

En utveckling som identifierats av Sveriges kommuner och landsting är att handlingsutrymmet för förtroendevalda på lokal och regional nivå begränsas allt mer. Handlingsutrymmet påverkas bland annat av en ökad detaljsstyrning på det nationella planet parallellt med en alltmer välinformerad befolkning som ställer ökade eller nya krav på tjänsternas utbud, omfattning och utformning (se kapitel *Förändrade attityder till och förväntningar på hälso- och sjukvården*). Denna utveckling påverkar och förändrar rollerna för offentliga organisationer, t.ex. blir vårdvalsmodeller, tjänstegarantier och tillståndsgivning allt vanligare. Genom valfrihetssystemen och kvalitetsjämförelser av olika slag har kvalitetskonkurrens blivit en viktig faktor för vårdens utveckling²⁵.

En utökad möjlighet att välja utförare av vården ställer också landstingen och regionerna i en annan konkurrenssituation än tidigare. Det blir allt viktigare att bygga en bra relation och ett gott förtroende till sina patienter och medborgare så att de inte väljer att gå någon annanstans. De som har bra behandlingsresultat har en konkurrensfördel och den ökar om de lyckas lyfta fram dem i media och sin marknadsföring.

Vi ser också en utveckling som innebär en ökad nationell samverkan inom olika områden. Även kommun- och landstingsgränsernas betydelse minskas när välfärdstjänster kan ges utanför den egna kommunen eller landstinget. Genom patientlagen stärks t.ex. patienternas rätt att söka öppenvård i hela landet. Det finns också möjligheter att välja vård i ett annat EU-land.

Ökat patientinflytande

Enligt SKL:s rapport *Vägval för framtiden* pekar mycket på att ”rättighetstrenden” förstärks, bl.a. genom att rättigheter via lagstiftning ökar. Ett exempel är den nationella vårdgarantin vilket är en lagstadgad rättighet som anger inom vilka tidgränser vård ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

På hälso- och sjukvårdens område har det genomförts förändringar som handlar om ökade möjligheter till att välja vårdgivare, främst inom primärvården men även inom den specialiserade vården i ett antal landsting. Den nya patientlagen som trädde i kraft i januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.

Parallellt med allt högre krav på patientinflytande i vården ökar samtidigt kraven på prioriteringar. Det är således viktigt att, utöver de fördelar som patientinflytande kan föra med sig i form av bl.a.

²⁵ Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och landsting

förbättrad hälsa, notera att det också kan finnas en motsättning i förhållande till kravet på prioriteringar. Utvecklingen skulle kunna innebära att enskilda patienters önskemål om viss behandling eller insats ibland måste stå tillbaka till förmån för mer prioriterade behov. Detta i sin tur kan leda till ett minskat förtroende för vården²⁶.

Krav på behovsanpassad information

Alla patienter har, enligt den nya Patientlagen, rätt att få individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, metoder för undersökning, vård och behandling, möjlighet att välja vårdgivare och information om vårdgarantin. Kommunikationen med patienten ska ske så att han eller hon kan bli delaktig och agera rätt.

Det innebär att det finns ett behov av ökad målgruppsanpassning på den information vi tar fram till våra patienter. Informationen ska också göras tillgänglig på det sätt som passar mottagaren bäst, vilket ställer krav på anpassning till exempelvis teckenspråk, lättläst svenska eller översättning till andra språk. Många gånger är denna information som ges direkt av vårdgivaren vid mötet med patienten. Möjligheten att förbereda standardiserad information att sticka i handen på patienten vid mötets slut minskar.

Öppen resultatredovisning

Hälso- och sjukvården har idag omfattande system för datoriserad registrering av patientinformation som bearbetas och används som underlag för jämförelser och förbättringar. Exempel på detta är redovisningarna i NYSAM, Öppna Jämförelser och de nationella kvalitetsregistren. Kvalitetsregistren är främst fokuserade på medicinsk kvalitet och behandlingsresultat. I Blekinge är drygt 50 av de ca 90 kvalitetsregistren aktiva, vilket innebär att det finns goda förutsättningar att använda dessa medicinska kvalitetsdata för att utveckla och förbättra den lokala verksamheten. Registrering i kvalitetsregister är tidskrävande. Få verksamheter har avsatt tid för analys, reflektion och återkoppling till den personal som arbetar närmast patienten av vad registren kommer fram till. Då uteblir också den möjliga effekten av att initiera förbättringar utifrån registerdata. Tydliga och tidsatta mål måste tas fram inom detta område för att lyfta fram vikten av ett systematiskt arbetssätt i hela processen kring kvalitetsregistren, från inregistrering till hantering av resultat. Landstingets IT-lösningar ska stötta detta arbete genom automatiska överföringar av information, så att dubbelregistrering undviks i möjligaste mån. Landstinget Blekinge beviljades 2014 projektmedel för att utveckla användningen av kvalitetsregisterdata i förbättringsarbetet. Syftet med projektet är att etablera en landstingsövergripande analysgrupp som kan säkerställa en kontinuerlig dialog med förvaltningschefer och verksamhetschefer kring kvalitetsdata från kvalitetsregister och andra källor. Kvalitetsdata ska sedan redovisas återkommande under året i delårsbokslut och årsbokslut. Där ska samtidigt redovisas genomförda åtgärder och uppnådda kvalitetsförbättringar.

Nationella styr signaler

Avsnittet syftar till att ge en inblick i viktiga nationella styr signaler och avser inte ge en heltäckande bild av regelverket.

Övergripande regelverk

Hälso- och sjukvården är förhållandevis väl reglerad. Regelverket syftar i första hand till att garantera en god och säker vård för patienterna. Tre av de viktigaste lagarna inom hälso- och sjukvården är patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821) och Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Andra viktiga lagar i vården är patientdatalagen (2008:355) och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

²⁶ Anell Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård

Patientsäkerhetslagen (PSL) gäller från den 1 januari 2011. Syftet med lagen är att främja hög patientsäkerhet. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om vårdgivarnas ansvar för systematiskt patientsäkerhetsarbete, legitimation och behörighet för vårdpersonal, skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal, tillsyn av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Patientlagen gäller från den 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bland annat bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering, val av behandlingsalternativ och hjälpmedel, ny medicinsk bedömning samt val av utförare.

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anger de allmänna målen och kraven på vården. I lagens inledande paragraf fastställs att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård skall ges företräde till vården

Det finns ett antal förordningar inom hälso- och sjukvårdens område, t.ex. Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369). Föreskrifter är bindande och utfärdas av myndigheter. Exempel på föreskrifter är: Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården.

I många föreskrifter och allmänna råd ställs krav på att det ska finnas lokala skriftliga direktiv, rutiner och instruktioner. Detta gäller till exempel läkemedelshantering, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete och informationssäkerhet och journalföring.

Nationella strategier och särskilda satsningar

I nedanstående ges en summarisk genomgång av större nationella satsningar som var kända vid tillfället då planeringsförutsättningarna sammanställdes i januari-februari 2015. På många håll i landstinget pågår arbete enligt antagna planering och policies. Andra områden ställer krav på måldiskussion och eventuellt förstärkta insatser.

E-hälsa

Målet för e-hälsoarbetet är att en förbättrad informationshantering inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska underlätta för patienter, personal och beslutsfattare att få rätt information i rätt tid. För att det ska bli verklighet behöver både den tekniska infrastrukturen utvecklas och sättet informationen dokumenteras på bli mer enhetligt. Sedan 2010 finns en nationell strategi för e-hälsa som leds av regeringen²⁷.

Riktade insatser inom området psykisk ohälsa

Staten har under många år genomfört satsningar inom området psykisk ohälsa. Handlingsplanen "PRIO Psykisk ohälsa - plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa" tydliggör statens målinriktning och insatsområden för psykisk ohälsa. Planen revideras 2014 och gäller till och med 2016²⁸.

²⁷ www.regeringen.se

²⁸ Ibid

Läkemedelsområdet

Den nationella läkemedelsstrategin revideras och ska vara klar hösten 2015 och gälla 2016. Det pågår ett arbete för att utarbeta en nationell plattform för det fortsatta arbetet med utmaningar på läkemedelsområdet. Utmaningar på läkemedelsområdet tas upp under avsnitt *Utveckling i takt med medicinska och tekniska framsteg*²⁹.

Kunskapsstyrning

Den som arbetar i vården fattar dagligen många beslut. Dessa beslut ska bygga på bästa tillgängliga kunskap för att göra bästa möjliga nytta för patienten. Kunskapsstyrning handlar om att utveckla, sprida och tillämpa bästa möjliga kunskap³⁰.

I en promemoria 2014 lades förslag som ska leda till en förbättrad statlig kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården. Regeringen beskriver kunskapsstyrning som en nyckelfråga för att möta kommande utmaningar inom hälso- och sjukvården.

Effektivare resurserutnyttjande ger bättre vård

Regeringen gav 2013 en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda personalens resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Genom att använda personalens tid, kunskap och engagemang på rätt sätt vill man både öka vårdkvaliteten och få ned kostnaderna. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 december 2015³¹.

Överenskommelser mellan SKL och regeringen inom vård och omsorg

Överenskommelser mellan SKL och regeringen är resultatet av områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner, landsting och regioner. Här ges en kort överblick över överenskommelser som gäller 2015 och framåt.

Kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015

Överenskommelsen innehåller utvecklingsinsatser för förbättrad vård för personer med kroniska sjukdomar med fokus på primärvård och närvård, samordnad uppföljning och utveckling av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet, mot en säkrare vård, förbättrad kunskap och uppföljning av läkemedel och utveckling av arbetet med öppna jämförelser samt samordning av beskrivningssystem för patientinformation.

Cancervård, kortare väntetider 2015 – 2018

SKL och staten har träffat en överenskommelse om att genomföra en nationell satsning under 2015-2018 på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården.

Nationella Kvalitetsregister 2012-2016

Överenskommelsen löper över fem år och gäller finansiering, organisation och åtgärder för att öka användningen i vårdens förbättringsarbete och underlätta registerbaserad forskning.

Psykisk ohälsa 2015

Syftet är att förbättra vården och omsorgen för barn och unga med psykisk ohälsa och personer med omfattande eller komplicerad psykiatrisk problematik.

²⁹ www.regeringen.se

³⁰ www.skl.se

³¹ www.regeringen.se

Rehabiliteringsgarantin 2015

Syftet med överenskommelsen är att stödja personer med ångest, depression, stress eller en långvarig diffus smärta i axlar nacke och rygg att återgå i arbete eller att förebygga en sjukskrivning

Sjukskrivningsprocess, kvalitetssäker och effektiv (sjukskrivningsmiljarden) 2015

Syftet är att åstadkomma en effektiv och kvalitetssäker sjukskrivningsprocess samt att öka landstingens drivkrafter att prioritera sjukskrivningsfrågan.

Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor och kräver mycket resurser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett stöd vid prioriteringar och ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vård och omsorg bör satsa resurser på. Målet är att ge människor möjlighet till en god vård och omsorg. För att ta reda på om nationella riktlinjer gör skillnad och om vården och omsorgen blir bättre innehåller riktlinjerna indikatorer. Indikatorerna är utgångspunkten i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av vården och omsorgen, men kan också användas för uppföljning på regional och lokal nivå.

Slutliga riktlinjer finns för diabetes, bröst-, prostata-, tjocktarms-, och ändtarmscancervård, schizofreni (antipsykotisk läkemedelsbehandling), palliativ vård, rörelseorganens sjukdomar, sjukdomsförebyggande metoder, tandvård, schizofreni (psykosociala insatser), demens, depression och ångest och stroke. Remissversioner som ska klara under 2015 finns för missbruk och beroende, astma och KOL och hjärtsjukvård. Det pågår riktlinjearbetet angående MS och Parkinsons sjukdom och revidering av riktlinjerna för depression och ångest.

Det är en utmaning för landstinget att skapa en organisation och en process för kunskapsstyrning så att den enskilda i slutändan får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap.

Förslag på diskussionsfrågor

Går det att samtidigt hantera helhetsansvaret för resurser och verksamhet och tillgodose lagens intentioner att öka den enskildes valmöjlighet och påverkan?

Hur påverkar rättighetslagstiftningen möjligheterna att göra lokala och regionala prioriteringar?

Vilka strategier behöver utvecklas för att hantera ett ökat rättighetstänkande?

Vad krävs för att ha beredskap för att hantera en ökad nationell styrning?

Vad krävs för att landstinget att skapa en organisation och en process för kunskapsstyrning så att den enskilda i slutändan får vård och insatser som vilar på bästa tillgängliga kunskap?

9. Utveckling i takt med medicinska och tekniska framsteg

Behovet av insatser från hälso- och sjukvården påverkas inte bara av demografiska utmaningar. Den medicinska och tekniska utvecklingen skapar ständigt nya möjligheter för hälso- och sjukvården att förebygga, upptäcka och behandla ohälsa. För patienten är den medicinska utvecklingen önskvärd då det t.ex. kan innebära ett mindre lidande, färre och kortare sjukskrivningar, bättre behandlingsresultat och bättre överlevnad. I takt med att efterfrågan på hälso- och sjukvårdens insatser ökar stärks dock behovet av prioriteringar. Ny teknologi och ökade krav och förväntningar på vården förväntas också driva upp kostnaderna för hälso- och sjukvården. En snabb kunskapsutveckling har också lett till ett ökat antal aktörer inom vården vilket innebär en ökad komplexitet och för patienterna, framförallt för patienter med komplexa sjukdomstillstånd och flera diagnoser. Patienterna kan behöva ha kontakt med flera olika specialister vilket ger landstinget en utmaning i att behålla effektiva och samordnade vårdprocesser och en samlad bild av patientens sjukdom och hälsoutveckling.

Nya behandlingsmöjligheter och efterfrågan på vård

Nya behandlingsmetoder, läkemedel och nya arbetssätt ger förutsättningar för att öka vårdens kvalitet och effektivitet. Den medicinska utvecklingen skapar också stora förväntningar hos befolkningen som i takt med modern informationsteknik får bättre kunskap om vilka möjligheter som finns att utreda och behandla ohälsa³².

Den medicinska paradoxen innebär att framgångsrik diagnostik och behandling inte leder till minskade behov av sjukvård utan snarare tvärtom. Modern läkemedelsbehandling, operationsteknik och annat för med sig att fler patienter kan hjälpas till fortsatt meningsfullt liv. De kommer då längre fram att behöva ytterligare kontroll, uppföljning och utredning av nya besvär. Eftersom sjukvårdsbehov i stort är relaterat till ökad ålder kommer dessutom de allt fler äldre, i kraft av sitt antal, att ställa allt större krav på hälso- och sjukvård.

I takt med att efterfrågan på hälso- och sjukvårdens insatser ökar stärks behovet av prioriteringar³³. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är sjukvårdshuvudmännen skyldiga att göra öppna prioriteringar. Prioriteringarna ska grundas på hälso- och sjukvårdslagen som säger att vården ska ges på lika villkor och att den som har störst behov av vård ska få vård först. Det finns många rapporter som pekar mot att vården inte fördelas efter behov och på lika villkor (se t.ex. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting).

Ny teknologi och ökade krav och förväntningar på vården förväntas driva upp kostnaderna för hälso- och sjukvården. Under 1980–2005 ökade kostnaderna för välfärdstjänster med cirka 1 procent mer per år än vad som kan förklaras av den demografiska utvecklingen. Trenden väntas fortsätta. Högre vårdkonsumtion och kostnader i kombination med en mer utmanande försörjningskvot innebär att vårdens kostnader ökar snabbare än resurserna. Myndigheten för vårdanalys anger tre huvudstrategier för att möta detta finansieringsgap: minskade kostnader genom ett stärkt effektiviseringsarbete, ransonering av vård samt ökad finansiering genom höjda avgifts- och skatteuttag eller försäkringslösningar. Samtliga alternativ riskerar att påverka tillgången till en god och jämlik vård³⁴.

³² Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och landsting m.fl.

³³ Prioriteringar i hälso- och sjukvården analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”, Socialstyrelsen

³⁴ Analysplan 2015, Vårdanalys

Introduktionen av nya läkemedel

Nya läkemedel utvecklas och introduceras i snabb takt. Ett exempel är biologiska läkemedel som bland annat möjliggör för personer med ledgångsreumatism att leva ett i närmaste normalt liv. Behandling ger stora vinster för patienten och samhället i stort och medför samtidigt höga kostnader för landstingen (Framtidens hälso- och sjukvård Landstinget Blekinge).

Läkemedelskostnaderna ökade under 2014, för både förmåns- och rekvisitionsläkemedel, till stor del på grund av tillkomsten av nya dyra läkemedel. För 2015 bedöms kostnaderna öka ytterligare. Det är främst utvecklingen av läkemedel för hepatit C patienter som kommer generera stora kostnadsökningar framöver. Alla patienter kommer inte kunna behandlas utan endast de svårast sjuka. Det tillkommer nya läkemedel redan under 2015 till lägre pris vilket innebär att kostnaderna per patient kommer sjunka även om den totala kostnaden ändå är betydande för landstinget. På sikt kommer behandlingen innebära färre levertransplantationer vilket har en kostnadsminskande effekt. Om staten kommer ersätta landstingen för kostnadsökningen gällande hepatit C läkemedel är i skrivande stund oklart. I landstingets kalkyler bedöms statsbidraget för läkemedel i öppen vård följa den faktiska kostnadsutvecklingen.

Behov av ordnat införande

Nya läkemedel och behandlingsmetoder utvecklas ständigt med större eller mindre betydelse för den enskildes hälsa. Ofta blir kostnaderna väsentligt högre än för de behandlingar som kan erbjudas idag. Ett ordnat införande innebär ett strukturerat och enhetligt arbetssätt vid hantering av nya dyra läkemedel, dvs. hela riket bör använda samma bedömningskriterier vid avgörande om nytt läkemedel ska användas och på vilka indikationer patienten ska få tillgång till läkemedlet.

Ett nytt samarbete kring ordnat införande där alla landsting deltar – Samverkansmodellen, har arbetats fram med syfte att ge jämlik vård och betala för behandlingar med dokumenterad nytta. Spindeln i nätet är rådet för nya terapier (NT-rådet). Arbetet innefattar vetenskaplig, hälsoekonomisk och etisk bedömning av nya läkemedel för att nå nationell konsensus på ett tidigt stadium. Vidare finns en förhandlingsorganisation kopplad till systemet. Syftet är att kunna erbjuda effektiv behandling lika över landet på ett tidigt stadium av ett läkemedels levnad och undvika användning av preparat till höga kostnader om det inte bedöms tillräckligt effektivt eller säkert.

Arbetet med ordnat införande på riksplan behöver kompletteras i landstingen med lokala organisationer för ordnat införande. Ett arbete inom Blekinge pågår med att skapa rutiner kring såväl avtalstecknande som introducering av nya läkemedel.

Ökad kunskapsutveckling och specialisering av vården – krav på samverkan

Den medicinska kunskapen ökar som nämnts ovan i snabb takt. Kunskapsutvecklingen tvingar fram nya specialområden för att professionerna ska ha förutsättningar för att kunna vara uppdaterade inom sitt eget kunskapsområde. Ett ökat antal aktörer inom vården innebär en ökad komplexitet och för patienterna, framför allt för patienter med komplexa sjukdomstillstånd och flera diagnoser. Patienterna kan behöva ha kontakt med flera olika specialister vilket ger landstinget en utmaning i att behålla effektiva och samordnade vårdprocesser och en samlad bild av patientens sjukdom och hälsoutveckling³⁵.

En allt större andel äldre gör att fler personer utvecklar kroniska sjukdomar som normalt följer av ökad ålder. Vårdanalys har i en nulägesanalys av vården visat på de utmaningar som vården och omsorgen, som system, har att möta i vården hos patienter med kronisk sjukdom. Kronisk

³⁵ Analysplan 2015, Myndigheten för vårdanalys

sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen och står för en majoritet av sjukvårds- och sjukförsäkringskostnaderna. Rapporten väcker också generella frågor om hur vården på ett bättre sätt kan fullgöra de krav som ställs i lagar och regler för att nå en patientfokuserad vård. Det finns idag bindande lagar och regler kring t.ex. krav på samordning, kontinuitet, delaktighet och information. I rapporten ges några reflektioner som ger oss en fingervisning om identifierade utmaningar:

- Stärk samarbetet mellan kliniker och verksamheter, både inom landsting och mellan kommun och landsting. Primärvården har uppdraget att hålla samman vården men saknar de verktyg och mandat som krävs för att axla rollen som projektledare för patienter med en eller flera kroniska sjukdomar. Informationsöverföringen behöver förbättras.
- Stöd och tillvarata kraften hos patienterna själva för att öka delaktighet och inflytande.
- Öka förutsättningarna för att ny kunskap och evidens kan omsättas i klinisk vardag.
- Förbättra möjligheten till uppföljning av prestationer, processer och utfall av vården³⁶.

En särskild utredare ser för närvarande över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration. Syftet ska vara förbättrade vårdresultat och en mer jämlik vård samt ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Så kallad nivåstrukturerings handlar om att se över hela vårdprocessen så att den samlade vården blir så bra om möjligt.

Utvecklingen kommer också att innebära ett ökat behov av att landstinget kan ta emot och införa ny kunskap och ställer höga krav på utbildning och kompetensutveckling av personalen. I utredningsdirektiven konstateras att det på sikt för många landsting kommer att vara svårt att nå den volym och kompetens som behövs för att kunna ge en god och effektiv vård. (utredningsdirektiv 2014: 56).

Utvecklingen av informations- och kommunikationsteknik

Den nya informations- och kommunikationstekniken skapar ökade möjligheter till interaktion. För vårdens del kan det handla om förbättrade möjligheter till samspel mellan vårdaktörer, mellan vården och patienterna samt möjligheter att samordna vården ur patientens perspektiv.

Utvecklingen av informations- och kommunikationstekniken kan öka vårdens effektivitet och kvalitet. Tekniken kan också bistå med beslutsstöd till professionen för en säkrare och snabbare diagnosättning och behandlingsinsats utifrån den senaste forskningen.

Den tekniska utvecklingen har gett oss tillgång till stora mängder data och datorkraft (Big data). Datamängderna kan ge oss möjligheter till ökad kunskap som kan leda till förbättringar för den offentliga sektorn. Det kan handla om att hitta mönster som t.ex. kan öka möjligheten till riktade insatser. Sveriges kommuner och landsting anger att statistik och matematiska modeller kopplade till Big data kompletterar eller ersätter mänskliga bedömningar på allt fler områden. Utan avancerat datorstöd är det t.ex. svårt för läkare att följa med i utvecklingen. Som tidigare belysts är också människor i allmänhet alltmer pålästa om sina symptom³⁷. Det finns också risker med utvecklingen framför allt kopplat till att informationen kan hamna i orätta händer (se vidare kapitel *Ökad global sårbarhet*).

Teknologin existerar men trots detta är användningen av den nya tekniken inom hälso- och sjukvården fortfarande låg och utvecklingen hindras av en rad utmaningar. Dagens IT-system inom vården är t.ex. inte anpassade efter användarnas behov. Det saknas även en sammanhållen

³⁶ VIP i vården, Myndigheten för vårdanalys

³⁷ Vägval för framtiden, Sveriges kommuner och Landsting

IT-infrastruktur vilket medför att delning, synkronisering och användning av data är komplicerad³⁸.

Landstinget Blekinge, tillsammans med övriga landsting och regioner i Sverige har en gemensam utmaning i att kunna erbjuda allt bättre vård inom ramen för i stort sett befintliga resurser. Nya tekniska hjälpmedel kan skapa förutsättningar för patienten att bli mer delaktig i sin hälso- och sjukvård. Utvecklingen innebär att konsultationer och provtagningar i allt större utsträckning skulle kunna ske med digital teknik. En utgångspunkt är att ny teknik både kan förbättra människors vardag samt frigöra resurser för hälso- och sjukvården. Exempel där nya teknik används på detta sätt är självdialys inom hälso- och sjukvården.

E-hälsa omfattar invånartjänster för olika målgrupper: medborgare, patienter, brukare och anhöriga. Tjänsterna ger ökad tillgång till kvalitetssäkrad information, de underlättar kontakter med vården och ger bättre möjlighet till självservice och delaktighet. Detta genom att i större utsträckning låta medborgarna uträtta ärenden på internet. Tjänsterna gör det också möjligt för människor att själva välja när och hur de vill utföra olika ärenden. Tillgång till kvalitetssäkrad information gör det också möjligt för människor att ta ett större eget ansvar för sina hälsa, vilket på sikt gynnar folkhälsan. Studier pekar också på att lite mer än hälften av svenskarna är intresserade av att kunna följa sin egen hälsa, till exempel kondition, näringsintag, blodtryck via dator eller mobiltelefon.

Framtidens hälso- och sjukvård

Landstingsfullmäktige har under 2014 tagit beslut om att påbörja det omfattande projektet ”Framtidens hälso- och sjukvård” som är en långsiktig plan för hur hälso- och sjukvården i Blekinge ska utformas för att möta det framtida vårdbehovet. Landstingsfullmäktige har beslutat om en preliminär investeringsram på 3,5 mdkr, fördelat på en tioårsperiod, avsedd för projektet. Investeringen är avsedd för att utveckla vården och modernisera och anpassa lokalerna till de förändrade krav som kan skönjas framöver. Stora om- och nybyggnationer kommer bli aktuella under de kommande tio åren.

En utvecklingsplan för fastighetsförsörjning och fastighetsunderhåll för hela landstinget har tagits fram och en delrapport ska lämnas i mars 2015. Rapporten ska kompletteras med planer för IT-försörjning, medicinteknisk försörjning samt övrig utrustning och ska vara klart i april 2015. Planerna påverkas av hur verksamhetsfördelningen kommer att utformas mellan sjukhusen. En bedömning av statusen för vårdavdelningarna ur ett verksamhetsperspektiv finns sedan tidigare och utgör underlag till ovanstående planer.

Exempel på diskussionsfrågor:

Hur ska Landstinget Blekinge möta och främja den medicinska och tekniska utvecklingen?

Vem definierar behoven? Hur stort kan det offentliga åtagandet vara?

Vilka avvägningar och prioriteringar måste göras? Hur kan vi kommunicera prioriteringarna med befolkningen?

³⁸ Analysplan 2015, Myndigheten för vårdanalys

10. Ökad global sårbarhet

Globaliseringen leder till att information, kapital, varor, tjänster och människor rör sig snabbare och lättare mellan länder. Finansiella system är starkt sammankopplade med varandra över hela världen, vårt teknikberoende ökar och människor reser över hela världen på ett annat sätt än tidigare. Denna allt starkare globala sammankoppling där vi i större utsträckning påverkas av händelser i vår omvärld leder till en ökad sårbarhet som har konsekvenser för hälso- och sjukvården. Ett ökat resande, konflikter, förändrat klimat och beroende av ny och sårbar infrastruktur leder till utmaningar som landstinget behöver ha beredskap för att möta.

Ökat resande och urbanisering

Vi har vant oss vid en livsstil som ger oss möjlighet att resa och upptäcka andra delar av världen och andra besöker även oss. Det ökande resandet ökar dels risken för att Blekinge blir exponerat för sjukdomar som tidigare inte funnits här, dels att multiresistenta bakterier sprids. Livsmedel fraktas över världen och är också potentiella smittbärare. Urbaniseringen och en mer intensiv interaktion mellan människor gör att en smitta lättare sprids. Sjukdomar som tidigare har utrotats från västvärlden riskerar att återkomma och sjukdomar som kan förebyggas eller botas men ändå existerar i fattigare och varmare delar av världen riskerar att spridas till nordligare breddgrader på grund av det allt varmare klimatet och det ökande resandet mellan kontinenter. Hotet från pandemier, det vill säga världsomfattande epidemier, har fått ökad uppmärksamhet efter utbrotten av ebola, SARS, fågelinfluensan och svininfluensan under de senaste åren.

Vikten av förebyggande arbete

Antibiotikaresistens är ett av de största globala hoten mot människors hälsa. Bara i Europa beräknas omkring 25 000 personer dö årligen på grund av bakterieinfektioner som antibiotika inte längre rår på.³⁹ Dessa bakterier har blivit multiresistenta. Ett ökat resande till länder där resistenta bakterier är vanliga ökar på spridningen. Av resenärer som har drabbats av magsjuka vid utlandsresa var 70 procent av dem som varit i Indien, 50 procent av dem som varit i Egypten och 25 procent av dem som varit i Thailand bärare av den multiresistenta bakterien ESBL när de kom hem.⁴⁰

Information till allmänheten om hur smittspridning kan begränsas är en viktig åtgärd för att förebygga. Ju mer multiresistenta bakterier som förekommer, desto viktigare är det även att säkerställa goda hygienrutiner i vården för att förhindra spridningen av dessa. Särskilt allvarligt blir det för dem som vårdas för andra sjukdomar som exempelvis cancer, eller dem som har genomgått en operation. Den demografiska utvecklingen med fler äldre och en alltmer avancerad sjukvård som tillåter vård av sköra patienter är faktorer som ökar behovet av antibiotika och därmed risken för antibiotikaresistens.

År 2014 avslutades regeringens fyraåriga nationella patientsäkerhetsåtgärder som syftade till att uppmuntra, stärka och öka patientsäkerhetsarbetet i landstingen. Ett resultat är en minskad användning av antibiotika och en förbättrad följsamhet till hygien- och klädrutiner inom Landstinget Blekinge. Ett engagerat och långvarigt fokus från högsta ledning med ett tydligt krav på förbättringsarbete och strukturer som för ut detta engagemang har visat sig vara framgångsfaktorer för att förebygga vårdrelaterade infektioner.

³⁹ <http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/februari/europeiskt-mote-i-stockholm-om-antibiotikaresistens/>

⁴⁰ <http://www.vetenskaphalsa.se/resistenta-bakterier-med-hem-fran-utlandsresan/>

Risken för konflikter

Antalet konflikter i världen ökar inte men i och med globaliseringen påverkar oroligheter i vår omvärld oss på ett annat sätt än förr, inte minst ekonomiskt. Spänningen och osäkerheten har ökat i Sveriges närområde som ett resultat av den ryska aggressionen i Ukraina och den ökade militära aktiviteten i Östersjön. Klimatförändringar riskerar att leda till konflikter om resurser och de terrorangrepp som har inträffat de senaste åren i Europa skapar en ny typ av osäkerhet. Ett skärpt försvarspolitiskt läge kan ställa andra krav på hälso- och sjukvården och landstinget kan komma att få i uppdrag att säkerställa sjukvård även under krig.

Kris- och katastrofberedskap

En avgörande faktor för en organisations legitimitet är dess förmåga att hantera krissituationer. Tillgång till korrekt och snabb information i en krissituation är nödvändigt. Kommunikation är därför en mycket stor del av krishantering och med ett effektivt kommunikationsarbete i rätt tid kan vi dessutom avlasta vården och ge dem utrymme att utföra sitt arbete genom att allmänhet och patienter är rätt informerade och söker vård på rätt sätt. Tillgång till kanaler, och väl utarbetade rutiner för hur krisinformation ska hanteras är viktigt. Det krävs ofta mer resurser än man tror för att hantera kriskommunikationen. En särskild utmaning är när information snabbt måste förmedlas på ett annat språk än svenska. Landstinget har ett ökat ansvar för kris- och katastrofberedskap samtidigt som de statliga medlen för att kunna upprätthålla denna minskar. En effektiviserad vårdorganisation med små marginaler skapar i sig en sårbarhet och svårigheter att hantera krissituationer när de uppstår.

Vård av asylsökande personer

Antalet asylsökande har under det gångna året ökat betydligt både inom riket och länet, ytterligare ökning är, enligt Migrationsverket, att vänta. Människor som söker asyl i Blekinge behöver, och har lagstadgad rätt till, hälso- och sjukvård. Asylboenden kan öppnas med kort varsel vilket snabbt kan skapa ett ökat tryck på primärvården. De människor som söker asyl har ofta flytt undan krig, katastrofer, förtryck och missförhållanden vilket skapar ett behov av en psykiatrisk vård anpassad efter denna problematik. Sjukdomspanoramata i övrigt kan också se annorlunda ut än vad sjukvården generellt är van vid och dessa sjukdomar behöver fångas upp tidigt. Primärvården har som målsättning att ha hälsosamtal med provtagning med asylsökande inom två månader efter att de har anlänt.

En undersökning gjord av SKL visar att asylsökande gör färre läkarbesök på vårdcentraler och i specialiserad öppenvård än de bosatta.⁴¹ Däremot har asylsökande fler vårddagar i slutna somatisk vård och betydligt fler vårddagar inom den slutna psykiatriska vården. Landstingen ersätts med statsbidrag för asylsjukvården, enligt SKL:s undersökning täcks inte landstingens kostnader för asylsjukvård av statsbidraget.

Patientlagen som trädde i kraft den 1 januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen ställer hårdare krav på vården att informera patienten på en rad olika områden och göra denne delaktig i sin egen vård. Varje kultur har sin typ av kommunikation. Detta påverkar människors sätt att ta till sig information och det sätt de skaffar sig information om sin omgivning och händelser som påverkar dem. För att i enlighet med lagen kunna möta, bemöta och behandla asylsökande och andra som inte kan svenska och kommer från andra kulturer krävs språkkunskaper och

⁴¹ Ekonomirapporten, om kommunernas och landstingens ekonomi – december 2014 Sveriges kommuner och landsting

interkulturell kompetens inom landstinget och tillgång till tolkar. Vi behöver veta vilken kultur våra målgrupper tillhör och utifrån det välja strategi, kanal, språk och budskap. Generellt erbjuder Landstinget Blekinge ytterst begränsad information på utländska språk till större invandrar grupper i länet, det gäller såväl i landstingets kommunikationskanaler som i anslutning till mottagningar och väntrum. Det finns ingen strategi eller medel avsatta för information på utländska språk. Dock har alla patienter rätt att få en tolk när de besöker hälso- och sjukvården.

Förändrat klimat

Extrema väderhändelser kommer att bli allt vanligare. Länsstyrelsen i Blekinge skattar de viktigaste konsekvenserna för Blekinges del till vattenfrågor; stigande havsnivåer, högvattenstånd, översvämningar, dricksvattenförsörjning, vattenbrist på grund av långvarig torka sommardid.⁴² Klimatförändringarna kommer att beröra de flesta samhällssektorer och kostnaderna för de hälsorelaterade skador som ett förändrat klimat kan ge upphov till kan bli mycket höga.

Regeringen har i Klimat- och sårbarhetsutredningen uppskattat de ackumulerade kostnaderna för det svenska samhället fram till år 2100. Beräkningarna är osäkra, men de ger ändå en uppfattning om storleksordningen. Sjukvård är den sektor som beräknas få stå för den största kostnaden; 570-800 miljarder kr fram till år 2100. Högre temperaturer har stor påverkan på människors hälsa. Barn, äldre och sjuka har svårare att klara extrema värmeböljor. Ett varmare och våtare klimat innebär även risk för att nya sjukdomar kan spridas när smittoämnenas värddjur, s.k. vektorer, förflyttar sig norrut. Badsårsfeber är ett exempel på en allvarlig infektion som kan öka i Blekinge vid förändrade klimatförhållanden. Pollenssäsongen väntas bli längre och intensivare och färre riktigt kalla vinterdygn kan ge en ökad förekomst av fästingar och parasiter. Landstingets fastigheter är inte anpassade till ett mer extremt klimat där högre innetemperatur och luftfuktighet kan leda till längre vårdtider för patienterna och en försämrad arbetsmiljö för de anställda.

Infrastruktur

Tillgången till el, vatten och säker informationsteknologi är avgörande för en god och säker vård. Ett ökat beroende av teknik och en mer komplex verksamhet ställer krav på den tekniska infrastrukturen. Landstingen är ålagda att kontinuerligt göra risk- och sårbarhetsanalyser och inventera den samhällsviktiga verksamheten.

Fler system kopplas ihop och känslig information utbyts mellan fler aktörer både inom landstinget, mellan vårdgivare och andra aktörer såsom kommuner, patienter, allmänhet och i olika kvalitetsregister. Dessa komplexa system möjliggör effektivisering av verksamheten och därmed bättre service till medborgarna men det medför även en ökad sårbarhet. Utbytet av information ger en ökad risk för intrång eller att information hamnar där den inte ska vara. Den medicinska utrustningen, till exempel pacemakers och respiratorer, blir dessutom mer och mer teknisk och skulle kunna vara möjlig att manipulera. Avbrott i tillgången till information kan vara kritiskt för verksamheten och felaktig information kan bokstavligen vara livsfarlig inom vården. Ett medvetet arbete för att säkerställa informationssäkerheten är nödvändigt för att skydda våra patienters personliga integritet säkerhet.

⁴² <http://www.lansstyrelsen.se/blekinge/Sv/miljo-och-klimat/klimat-och-energi/klimatanpassning/konsekvenser-lanet/Pages/default.aspx>

Förslag på diskussionsfrågor:

Hur möter vi den ökade sårbarheten i form av klimatförändringar, ökad risk för smittospridning och uppkomsten av ovanliga sjukdomar i uppbyggnaden av framtidens hälso- och sjukvård?

Vilka krav ställer den ökade sårbarheten på landstingets kris- och katastrofberedskap?

11. Anställningsbehov och konkurrens om personal

Under den kommande tioårsperioden har Landstinget Blekinge ett stort rekryteringsbehov. Dagens arbetsmarknad präglas också av stor rörlighet och hård konkurrens om arbetskraften vilket innebär att landstinget måste vara attraktivt att arbeta inom. Det betyder bland annat att kunna erbjuda de arbets- och lönevillkor, den arbetsmiljö, kultur och det chefs- och ledarskap och medarbetarskap som gör att både medarbetare och arbetsökande väljer att arbeta inom landstingets verksamheter. Detta förutsätter att landstinget aktivt arbetar både strategiskt och operativt med personalfrågorna och kontinuerligt bevakar vad som sker i omvärlden inom dessa frågor. För att nå framgång i det personalstrategiska arbetet utgår Landstinget Blekinge från fyra fokusområden: profilering av arbetsgivarvarumärke, utveckla kompetens och ledarskap/medarbetarskap, långsiktig personalförsörjning samt arbetsmiljö och samverkan.

Anställningsbehov

Landstinget hade vid årsskiftet 2014/2015 4 752 anställda varav 385 för viss tid. Antalet anställda medarbetare har ökat med 1,5-2 procent årligen de senaste åren.

Landstinget står inför stora utmaningar framöver när det gäller personal- och kompetensförsörjningen. Förutsättningarna ändras allt snabbare i och med att vården utvecklas och att konkurrensen om arbetskraften blir tuffare.

Personalomsättningen i landstinget, d.v.s. medarbetare som lämnat landstinget, är relativt stabil över åren sett till landstinget som helhet och att betrakta som relativt sett normal. Variationer finns dock vad beträffar olika personalkategorier. När det gäller specialistkompetenta läkare så var den externa personalrörligheten 8,3 procent 2013 och 9,5 procent 2014 varav 2,6 procent beror på pensionsavgångar och för sjuksköterskor var den externa personalrörligheten 5,8 procent 2013 och 5,7 procent 2014 varav 2,0 procent beror på pensionsavgångar. Under 2014 var den externa personalrörligheten 5,8 procent totalt varav 2,6 procent beror på pensionsavgångar (jämfört med 6,3 procent totalt varav 3 procent beror på pensionsavgångar 2013). Fram till 2025 beräknas cirka 1 617 medarbetare inom Landstinget Blekinge att uppnå 65 års ålder. Av dessa kommer 846 att uppnå 65 års ålder tom 2020.

| Personalgrupp (65 år) | Antal 2015- tom 2020 | Andel av tv anst 31/12-2014 | Antal 2015- tom 2025 | Andel av tv anst 31/12-2014 | Antal tillsvidare- anställda | Personalom- sättning i % 2014 |
|---|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.1 Ledningsarbete | 31 | 21,2% | 74 | 50,7% | 146 | 0,7% |
| 1.2 Handläggare- och administratörsarbete | 64 | 18,8% | 132 | 38,8% | 340 | 8,6% |
| 1.3 Läkarsekreterare | 53 | 19,9% | 109 | 41,0% | 266 | 5,6% |
| 2.1 Vård/omsorg mm: Specialistkomp läkare | 52 | 18,8% | 94 | 34,1% | 276 | 9,5% |
| 2.2 Vård/omsorg mm: Icke specialistkomp läkare | 2 | 1,5% | 4 | 3,0% | 132 | 5,4% |
| 2.3 Vård/omsorg mm: Psykolog o psykoterapeut | 13 | 25,5% | 18 | 35,3% | 51 | 19,2% |
| 2.4 Vård/omsorg mm: Sjuksköterska m.fl. | 193 | 13,1% | 386 | 26,3% | 1469 | 5,7% |
| 2.5 Vård/omsorg mm: Undersköterska m.fl. | 213 | 32,8% | 374 | 57,6% | 649 | 3,6% |
| 2.6 Vård/omsorg m.fl: Sjukhustekniker/lab.personal | 34 | 26,4% | 62 | 48,1% | 129 | 6,3% |
| 3.0 Tandvårdsarbete | 49 | 18,4% | 108 | 40,4% | 267 | 6,2% |
| 4.0 Rehabilitering och förebyggande arbete | 34 | 17,3% | 53 | 27,0% | 196 | 6,2% |
| 5.0 Socialt och kurativt arbete | 9 | 15,5% | 18 | 31,0% | 58 | 7,0% |
| 6.0 Skol-, kultur-, turism- och fritidsarbete | 8 | 17,4% | 19 | 41,3% | 46 | 4,4% |
| 7.0 Teknikarbete | 33 | 20,1% | 52 | 31,7% | 164 | 4,5% |
| 8.0 Hantverkararbete m.m. | 14 | 20,3% | 32 | 46,4% | 69 | 5,8% |
| 9.0 Köks-, måltids-, städ, tvätt och renhållningsarbete | 44 | 21,0% | 82 | 39,0% | 210 | 5,4% |
| Total | 846 | 18,9% | 1 617 | 36,2% | 4 468 | 5,8% |

Pensionsavgångar (65 år) under åren 2015-2025 och personalomsättning 2014.

Hälso- och sjukvård

Sjuksköterskor är landstingets största yrkesgrupp. Behovet av att rekrytera sjuksköterskor ökar och vi lyckas inte i dagsläget rekrytera det antal vi söker. Lösningen sommartid har varit stimulans till medarbetare att avstå semester under sommaren samt anlåtande av bemanningsföretag. Bristen på sjuksköterskor är nationell och det vi behöver förhålla oss till är att utbildningssystemet inte kommer att kunna leverera det antal som efterfrågas utan vi behöver även hitta andra möjligheter som minskar vårt behov av att rekrytera sjuksköterskekompetens.

När det gäller utbildning till specialistsjuksköterska finns ett kontinuerligt behov. Under hösten 2015 kommer landstinget att tillsätta 4-5 utbildningsanställningar inom områden där behovet av specialistsjuksköterskor är stort. Det är tjänster som innebär en kombination av studier och arbete med full lön för att nå specialistsjuksköterskekompetens. Troligen kommer behovet av specialistutbildade sjuksköterskor att öka framöver beroende på en alltmer specialiserad vård.

Efterfrågan överstiger tillgången på läkare, framförallt erfarna läkare och specialistläkare och i synnerhet specialister i allmänmedicin och psykiatri. Läkare utbildade i annat land kommer även framöver att utgöra ett viktigt tillskott till hälso- och sjukvården.

Förutsättningarna att rekrytera specialistläkare är i många fall mycket begränsade. Flera specialiteter har en nationell brist. I fråga om läkartillgången, bör denna i flera avseenden ses både ur ett nationellt och ur ett internationellt perspektiv. Landstingen och regionerna bör därför samarbeta kring dessa frågor. Det finns en överenskommelse landstingen/regionerna emellan i samarbete med SKL om att landstingen ska ta ett solidariskt nationellt ansvar för läkarförsörjningen. Detta innebär bland annat att:

- varje landsting ska ha upprättat en långsiktig plan för hur den framtida strukturen för specialister bör se ut i landstinget
- en gemensam plan för utökning av AT har tagits fram. För Blekinges del innebär den en utökning med totalt sex AT-block fram till och med 2017
- ST-läkare ska utbildas med målet att varje landsting/region ska vara självförsörjande
- en viss aktiv utlandsrekrytering kommer att ske under en tid framöver

Att landstinget i ökande grad behöver använda inhyrda läkare för att klara av att upprätthålla verksamheten i olika sammanhang är bekymrande. Det är dock ST-läkare som är den största rekryteringsbasen för landstinget, vilket innebär att det tar lång tid att minska obalansen mellan egenanställda och inhyrda läkare. För landstingets del handlar det i första hand att vända en ökande kostnadstrend genom att hitta åtgärder som resulterar i minskat behov av inhyrd personal. Kostnaderna för inhyrda läkare har ökat med 13,9 miljoner kronor jämfört med 2013. Den tid som arbetades av inhyrda eller arvoderade läkare under 2014 uppgick i genomsnitt till 11,2 procent av all arbetad tid för läkare i Landstinget Blekinge, vilket är en ökning jämfört med år 2010 (9,4 procent). Situationen varierar dock mellan olika delar av verksamheten.

Även för andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården och tandvården till exempel medicinska sekreterare och tandsköterskor är det svårt att hitta sökande till tjänsterna.

Serviceverksamhet

Även inom Landstingsservice pågår ett arbete med personal- och kompetensförsörjningen specifikt för de 76 yrken som finns inom serviceverksamheterna. Stora pensionsavgångar väntar inom främst fastighetssidan där 65 procent lämnar inom närmaste tio-årsperioden.

Praktik

För att landstinget ska kunna få utbildad personal krävs att vi är öppna och bereder studenter och praktikanter placeringar hos oss under utbildningstiden. Vi kan se att behovet av placeringar ökar successivt vilket innebär att trycket på våra verksamheter öka när det gäller exempelvis handledning, både utbildnings- och tidsmässigt samtidigt som vi ska hålla en god kvalitet. En grupp som också behöver nämnas är de nya invånare som kommer till Blekinge från andra länder och som har en sjukvårdsutbildning i hemlandet och som behöver praktik och vägledning fram till en svensk legitimation. Här behövs ett samarbete mellan landsting, Arbetsförmedling och kommunerna för att dessa personer ska kunna få förutsättningar att komma in på hälso- och sjukvårdens arbetsmarknad.

Utveckla kompetens

Kompetensutveckling för befintliga medarbetare är en avgörande faktor i att nå våra mål och att vara en arbetsplats som kännetecknas av engagemang och delaktighet. All kompetensutveckling ska utgå ifrån verksamheternas behov och det uppdrag man har som medarbetare eller chef. Det innebär att utvecklingsinsatser, till exempel utbildning eller att ta till sig information, kan initieras av såväl arbetsplats som av landstingsledning. Behovet av kompetensutvecklingsinsatser ökar och det ställer krav på prioritering utifrån den budget som finns för kompetensutveckling på både arbetsplatsen och landstingsnivå. För den budget som finns på landstingsnivå finns det riktlinjer framtagna om utbildningsförmåner. Dessa riktlinjer kan komma att behöva omprövas för att bättre kunna styra utbildningarna mot prioriterade verksamheter.

Landstinget har en intern organisation för planering och genomförande av kompetensutvecklingsinsatser. Det handlar främst om chefsutveckling, utbildningar för ST-läkare och specifika ämnesutbildningar. Konceptet med internutbildning är framgångsrikt både för landstinget och för medarbetarna. Utbildningar kan skraddarsys, medarbetare kan få utbildning i länet och kostnaderna hålls nere.

Behovet av kompetensförsörjningsplaner

Kompetensförsörjning är en process i organisationen för att fortlöpande säkerställa rätt kompetens för att nå verksamhetens mål och tillgodose dess behov. För att denna process ska fungera krävs systematik och ett strukturerat arbetssätt. I landstinget arbetar vi med stöd av Svensk standard- Ledningssystem för kompetensförsörjning. Grundläggande är att arbetet görs på arbetsplatsen med en hög delaktighet, där ledning och medarbetare tillsammans skapar en gemensam bild av sitt uppdrag, befintlig kompetens, krav på förändrad kompetens och hur det ska kunna tillgodoses. I detta arbete är det särskilt viktigt att identifiera nyckelkompetenser och -roller i de olika verksamheterna. I kompetensförsörjningsplanen beskrivs sedan aktiviteter och insatser som specificerar vilken kompetens som behöver attraheras, rekryteras, utvecklas, behållas eller avvecklas, hur och när det ska ske samt vem som är ansvarig. Kompetensförsörjningsplanen ligger i sin tur till grund för medarbetarnas individuella utvecklingsplaner. Kompetensförsörjningsplaner ska finnas på alla organisatoriska nivåer.

Ett samlat arbetet behöver göras för att fånga och kunna tillgodose de behov landstinget har av kompetens i framtiden. Det innebär bland annat att kartlägga och analysera kompetensbehov, identifiera nyckelkompetenser, utveckla samverkan med lärosäten, hitta modeller för att stimulera till och kunna finansiera kompetensutveckling etc. I arbetet ingår även att se till att vi har en professionell rekryteringsprocess.

Kompetensförsörjningsplaner, medarbetarsamtal och individuella utvecklingsplaner utgör tre viktiga verktyg i planeringsarbetet för att leda och styra verksamheten på ett framgångsrikt sätt. Dessa verktyg måste fungera för att skapa möjlighet för landstinget att utarbeta en hållbar

personalstrategi i vilken kommande personalbehov kan kvantifieras. Detta ger möjligheter till riktade och långsiktiga rekryterings- och utvecklingsinsatser.

Det är viktigt att kompetensförsörjningsarbetet är en integrerad del av planerings- och budgetprocessen. Förutsättningarna för framtagandet av kompetensförsörjningsplaner är att verksamheterna kan beskriva och prioritera sina kompetensbehov och att det finns en process för budgetering och uppföljning på alla nivåer. Under planeringsperioden behöver arbetet fortsätta med att få processerna kring kompetensförsörjningsplaner, medarbetarsamtal och individuella utvecklingsplaner att fungera.

Heltid alternativt ökad sysselsättningsgrad

Landstinget Blekinges målsättning att medarbetaren ska ha rätt till heltidsanställning alternativt ökad sysselsättningsgrad för de medarbetare som inte önskar heltid är uppnådd. Genomsnittlig sysselsättningsgrad har ökat från 94,2 år 2010 till 96,4 år 2014.

| År | Heltider | Deltider | Totalt |
|------|----------|----------|--------|
| 2010 | 79,6% | 20,4% | 100,0% |
| 2011 | 80,7% | 19,3% | 100,0% |
| 2012 | 83,9% | 16,1% | 100,0% |
| 2013 | 85,6% | 14,4% | 100,0% |
| 2014 | 86,6% | 13,4% | 100,0% |

Diagram: Antal tillsvidareanställda, heltid/deltid, uppgifterna gäller per 31/12 resp år

Erbjudande om heltidsanställning är en faktor som gör landstinget attraktivt inför kommande rekryteringar.

Lönebildning och lönestruktur

Lön är en viktig del i landstingets arbetsgivarvarumärke och ett styrmedel för att uppnå målen för verksamheterna. Lönepolitiken är ett viktigt styr- och ledningsinstrument och som sådant ska det bidra till att landstinget kan konkurrera med andra arbetsgivare och rekrytera, utveckla och behålla kompetenta medarbetare. Det är nödvändigt med en nära anknytning mellan arbetsinsats, verksamhetsansvar och lönesättning. Dialog om lön är därför en viktig del i medarbetarsamtalet.

Ett konkurrenskraftigt löneläge jämfört med andra landsting och regioner är viktigt då konkurrensen om medarbetarna ständigt ökar. För att uppnå det behöver landstinget ta fram en målbild för den önskvärda lönestrukturen. En handlingsplan för hur vi når målbilden behöver göras där även handlingsplan för jämställda löner integreras.

Anställningsvillkor och förmåner som ligger utanför de avtal som regleras mellan landstinget och de fackliga organisationerna alternativt fattats särskilt politiskt beslut om kommer att ses över och omprövas. Det handlar om en avvägning mellan värdet av att vara en attraktiv arbetsgivare och att ha en långsiktigt hållbar ekonomi.

Vårt arbetsgivarvarumärke

Alla organisationer har ett arbetsgivarvarumärke, vare sig man arbetar aktivt med det eller inte. Ett starkt arbetsgivarvarumärke handlar om att skapa positiva och tydliga associationer genom att visa vad vi som landsting står för och hur vi lever upp till det. Detta gäller både gentemot de som arbetar hos oss och de som ännu inte gör det. För att lyckas i arbetet med arbetsgivarvarumärkt krävs framförallt en medvetenhet om vad som motiverar och engagerar våra nuvarande

medarbetare respektive attraherar framtida medarbetare och att vara konsekvent dvs att verkligen stå för det som utlovas. För att kunna attrahera och behålla medarbetare med den kompetens som landstinget behöver krävs ett målmedvetet arbete med arbetsgivarvarumärket. Arbetet behöver göras såväl internt som externt. Vägledande strategier för arbetet med att bygga ett starkt arbetsgivarvarumärke är: ledarskap och kultur samt marknadsföring och kommunikation.

Generellt gäller att landstinget Blekinge i ännu högre grad än idag kommer att behöva kunna presentera ett starkt arbetsgivarerbjudande både till potentiella framtida medarbetare, och till de som redan är anställda. Genom att erbjuda en attraktiv kombination av god introduktion, intressant arbetsinnehåll, bra arbetsmiljö, gott ledarskap, trivsel och samarbete, utbildnings- och utvecklingsmöjligheter samt konkurrenskraftiga löner och villkor skapas en attraktiv arbetsgivare

Det råder stor konkurrens om arbetskraften och det är därför viktigt att landstinget aktivt och planerat kommunicerar fördelarna med att arbeta i Landstinget Blekinge och även att bo och leva i Blekinge. Landstinget Blekinge har påbörjat ett långsiktigt arbete med att förstärka kommunikationsinsatserna, för att tydliggöra och synliggöra Landstinget Blekinge som arbetsgivare.

I början av 2015 påbörjades också ett integrerat arbete med landstingets värdegrund och arbetsgivarvarumärke. Syftet är bland annat att skapa bättre förutsättningar för sammanhållning och samarbete internt, ökat fokus på vem vi är till för och att vägleda oss i vårt ledarskap och medarbetarskap.

Värdegrundsarbetet utgör grunden för arbetet med arbetsgivarvarumärket. Att aktivt arbeta med sitt arbetsgivarvarumärke är att långsiktigt säkerställa att det finns rätt kompetens.

Väl fungerande kommunikation kommer att vara alltmer betydelsefull som konkurrensmedel, för oss som vårdgivare och som arbetsgivare. Ytterst handlar detta om effektivitet och vårt varumärke, vilket förtroende det inger och vilket mervärde det uppfattas ge. Vår organisation måste därför utvecklas till att bli allt mer kommunikativ och varumärkesmedveten på ett för verksamheten effektivt sätt. Det handlar både om den externa och om den interna kommunikationen. En väl utvecklad kommunikation bidrar till ökad effektivitet och konkurrenskraft.

Inom den offentliga sektorn är det för många ovant att använda begrepp som varumärke och marknadskommunikation. I många fall saknas det kanske till och med insikt om vikten av att arbeta medvetet med varumärket och dess värde.

12. Interna förutsättningar för uppföljning, utveckling och säkring av kvalitet

Huvuddelen av planeringsförutsättningarna ägnas åt externa faktorer som påverkar landstingets verksamhet. Detta avslutande kapitel beskriver utmaningen i att skapa en ändamålsenlig organisation som trots komplex verksamhet och ökande behov kan leverera kvalitet i enlighet med uppdraget och de krav som åligger landstinget. Tydliga och transparenta ledningssystem, en ändamålsenlig personalsammansättning och tydliga strukturer och utrymme för lärande, kommunikation och utveckling är exempel på interna förutsättningar som krävs för att skapa en organisation som kan hålla jämna steg med förväntningarna.

Styrningen av landstinget Blekinge

Styrningen av landstingets hälso- och sjukvård innebär att landstingsfullmäktige fastställer mål för den hälso- och sjukvård som ska erbjudas länets befolkning och de ekonomiska ramarna för detta. Landstingsstyrelsen och de politiska nämnderna ansvarar för att fullmäktiges riktlinjer och mål förverkligas. För att säkerställa målen i styrningen av landstinget är det viktigt att ha en tydlig styrform där processen för framtagande och fastställande av mål är väl definierad i alla led i organisationen.

Hälso- och sjukvård är en komplex verksamhet som kräver ledningssystem för att säkerställa att rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt.⁴³ Ledningssystemet möjliggör ordning och reda i verksamheten så att händelser som kan leda till vårdskador, missförhållanden eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller för verksamheten kan förebyggas. Med hjälp av ledningssystemet ska organisationen systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. En tydlig siktlinje och logik mellan affärsidé, värderingar, vision, mål och strategier där alla ser sin roll i det stora är viktigt för en ändamålsenlig organisation. Likaså ska uppföljningen kunna visa att organisationen på alla nivåer når avsedda resultat och effekter och använder resurserna effektivt.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i en rapport från mars 2014 beskrivit tillsynens iakttagelser utifrån beslut från klagomål och anmälningar enligt Lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården i fyra andra landsting.⁴⁴ Av denna framgår bland annat att:

- En av orsakerna till brister i vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete har sin grund i deras organisation och ansvar. Det framkom t. ex. svårigheter i samverkan mellan kliniker och brister i kompetens och kontinuitet som leder till stress och hög arbetsbelastning. Kontinuitetsproblem är vanligt inom primärvården och äldreården.
- En orsak till många klagomål och anmälningar enligt Lex Maria, är bristfällig kommunikation. Patienter upplever att de inte får tillräcklig information och att de ibland ”faller mellan stolarna” i vårdens olika övergångar. Dialogen med patient och närstående behöver förbättras.
- Orsaken till en händelse som var mest frekvent i anmälningar enligt Lex Maria var brister i rutiner och riktlinjer. Det kan handla om att det saknas rutiner, att verksamheterna inte har uppdaterat dem, att de inte är kända och att följsamheten till befintliga rutiner är dålig.

Användning av våra resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt

De utmaningar som har presenterats ställer ökade krav på en intern organisation som i framtiden kan vårda fler patienter utan att personalstyrkan ökas i motsvarande grad. För att möta detta

⁴³ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen

⁴⁴ Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas, Inspektionen för vård och omsorg

krävs en ännu mera effektiv hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av detta tillsattes 2013 (Dir 2013:104) en nationell samordnare utifrån tre frågeställningar, för det första hur nyttan för patienten kan öka, för det andra hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljning av vården förbättras och för det tredje hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt. Uppdraget ska slutredovisas 31 december 2015 och bland annat innehålla förslag på åtgärder som kan vidtas för att säkerställa att professionernas tid, kunskap och engagemang används på bästa möjliga sätt.

Motsvarande arbete måste göras internt i landstinget för att kunna erbjuda mesta och bästa vård för pengarna. I dag har vi en personalsammansättning där exempelvis 30 procent av den arbetade tiden utförts av sjuksköterskor, 15 procent av undersköterskor och 8,3 procent utgör handläggare och administratörsarbete. Över tid kan vi se att sammansättningen inte förändrats nämnvärt de senaste fem åren. Däremot ökar det totala antalet arbetade timmar successivt, från och med 2011 är ökningen ca 6 procent. Vad som kommer att vara den rätta personalsammansättningen framöver finns inget givet svar på idag. Det som däremot kan sägas är att uppgifter på ett tydligare sätt måste ställas i relation till den kompetens som krävs för att utföra dem. Det finns uppgifter som är regelstyrda och som endast får utföras av viss yrkeskategori. Utöver detta är det sedan verksamhetschefen som ansvarar för att arbetet fördelas på ett sådant sätt att de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården och tandvården uppnås. I detta arbete ligger att hitta balansen mellan god och säker vård och vad som är mest effektivt resursutnyttjande. Konkret måste arbetsuppgifter och arbetssätt på en arbetsplats kartläggas och därefter värderas om de ska utföras och i så fall hur och av vilken kompetens. Arbete i denna riktning har påbörjats inom landstingets verksamheter men behöver intensifieras.

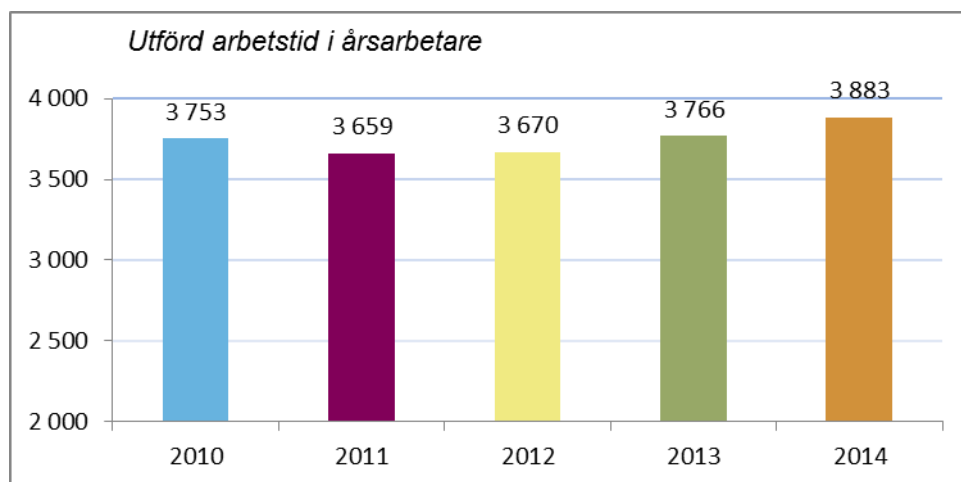
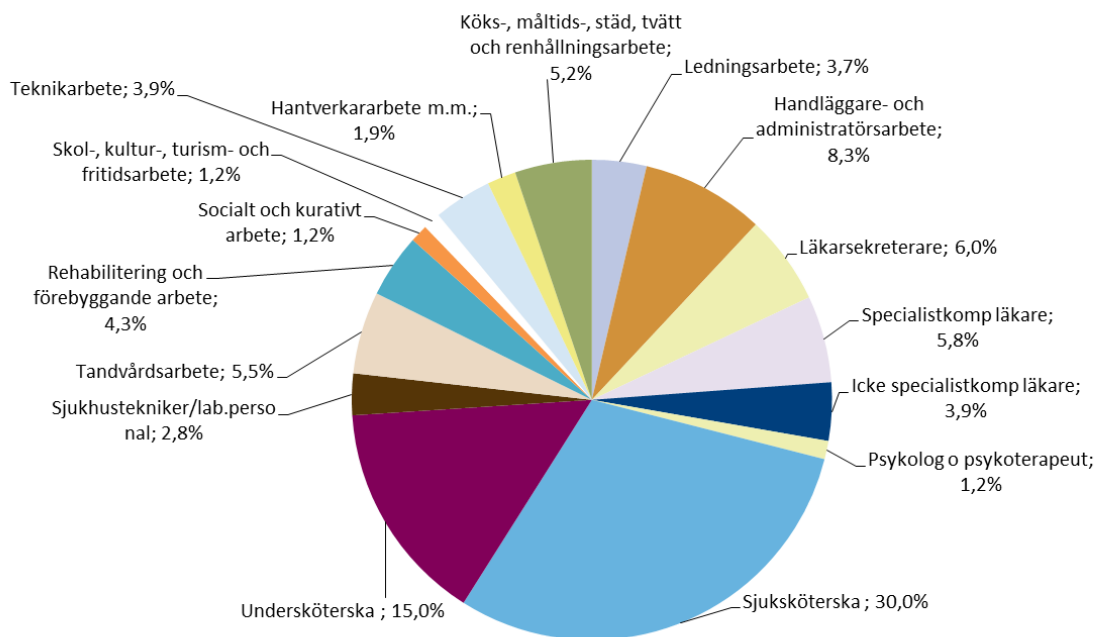


Diagram: Tidsanvändning totalt 2010-2014 (exkl. inhyrda/ arvoderade läkare).



Bilden visar personalsammansättningen 2014 utifrån utförd arbetstid

Vårdskador kostar lidande och resurser

En omfattande nationell studie genomförd under 2013 och 2014 inom somatisk slutenvård visade att nästan var tionde patient som vårdas på sjukhus får en vårdskada som hade kunnat undvikas.⁴⁵ Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom och dödsfall som vårdgivaren hade kunnat undvika om rätt åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med vården. Kostnaden för extra vård dygn för de undvikbara vårdskadorna beräknas till mellan 6,9 och 8,1 miljarder kronor per år. Förutom onödigt lidande och förlängda vårdtider för enskilda patienter kan vårdskada bidra till en sämre arbetsmiljö.

För att minska antalet vårdskador måste landstinget bedriva ett systematiskt och långsiktigt patientsäkerhetsarbete och involvera såväl vårdpersonal som ledning. En utredning av en engelsk vårdskandal i Mid Staffordshire ger tio rekommendationer för arbetet med att förebygga vårdskador. Utredningen påpekar bland annat vikten av prioritering från ledning, transparens, tydlig ansvarsfördelning och att vara en lärande organisation.⁴⁶

De mest frekventa skadorna är vårdrelaterade infektioner, kirurgiska skador, fall, blåsöverfullnad, trycksår och skador orsakade av läkemedel. Verksamheten ska rapportera och utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med detta är att garantera säker vård och god vårdkvalitet. Genom att lära av misstagen och låta andra ta del av dem förbättras vården. Ett framgångsrikt patientsäkerhetsarbete handlar i allra högsta grad om att uthålligt

⁴⁵ Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet Markörbaserad journalgranskning januari 2013 – juni 2014, SKL.

⁴⁶ A promise to learn – a commitment to act Improving the Safety of Patients in England

planera och leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra utifrån resultat av mätningar och analys, avvikelse- och förbättringsförslag, risk- och händelseanalyser med mera.

En lärande organisation

Få områden samlar in så mycket statistik som hälso- och sjukvården. Möjligheterna till uppföljning och utvärdering är stora. Trots detta har få verksamheter avsatt tid för analys, reflektion och återkoppling till den personal som arbetar närmast patienten av vad de register som samlar in statistiken kommer fram till. De prestationer och effekter verksamheten har genererat behöver stämmas av mot målsättningarna och de insatser som har genomförts för att utvärdera om de tänkta orsakssambanden stämmer. Systematisk reflektion och utvärdering är nödvändig för att lära av resultaten och om möjligt hitta än mer effektiva strategier för att nå målen för verksamheten.

I kapitlet Utveckling i takt med medicinska och tekniska framsteg beskrivs den snabba utveckling som sker inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utmaningen ligger i att skapa en organisation som kan hålla jämna steg med utvecklingen och tar hand om och implementerar riktlinjer och ny kunskap och forskning, och även främjar uppkomsten av den nya kunskapen. Inom Landstinget Blekinge finns ett pågående systematiskt förbättringsarbete. Kunskap om förbättringsarbete ingår i dag i introduktionen av nyanställda och är ett obligatoriskt moment i landstingets ledarskapsutbildning. Landstinget tar successivt fram en policy för utvecklings- och förbättringsarbete i Blekinge för att få till dels förbättringsarbete inom de mest angelägna områdena, dels utvecklingsarbete för att nå nationella mål och mål beslutade av landstingets politiska organ.

Arbetsmiljö

En god arbetsmiljö och en hälsosam arbetsplats är en bra investering både för medarbetare och för verksamheten. Det är också en förutsättning för att kunna upprätthålla en god patientsäkerhet samt skapa en attraktiv arbetsplats där medarbetare trivs. Arbetet med konsekvensanalyser vid förändringar av patientverksamhet bör därför på ett mer systematiskt sätt samordnas så att medarbetar- och patientsäkerhetsperspektivet bedöms parallellt och beroende av varandra.

En ständigt pågående utveckling förutsätter att arbetsgivaren i samverkan och utifrån ett verksamhetsperspektiv bedriver en kontinuerlig planering, styrning, kontroll och uppföljning av hälsa och arbetsmiljö. Via en årlig uppföljning av arbetsmiljöarbetet får vi en värdering av hur arbetsmiljöarbetet har fungerat i verksamheten och hur det skulle kunna förändras för att på ett ännu bättre sätt bidra till en bättre arbetsmiljö. Landstingets riktlinje för det systematiska arbetsmiljöarbetet tydliggör hur arbetsmiljöarbetet i Landstinget Blekinge ska bedrivas.

Arbetsbelastning (EWA)

Resultatet av 2014 års medarbetarundersökning visar att landstinget bör prioritera att förbättra de förhållanden som mäts med påståenden under rubrikerna arbetsbelastning och arbetsmiljö. Trenden är dock att resultatet under rubrikerna förbättrats i jämförelse med 2010 och 2012 års medarbetarundersökningar.

Landstinget Blekinge har ansvar för att förebygga en ohälsosam arbetsbelastning för medarbetarna. Organisatoriska brister när det gäller att balansera mål och krav med tillgängliga resurser för arbetets utförande kan vara exempel på faktorer som leder till ohälsosam arbetsbelastning. Ett strukturerat arbetsmiljöarbete för att åstadkomma en förbättring av både förhållandena inom arbetsbelastning och arbetsmiljö är av betydelse för att ytterligare förbättra arbetsklimatet i Landstinget Blekinge.

Samverkan med Landstingshälsan är en framgångsfaktor när det gäller arbetsmiljöarbetet, såväl det strategiska som det operativa. Formerna för samverkan kommer att utvecklas ytterligare och avsikten är att, så långt det är möjligt, forma stöd och insatser utifrån de behov som finns i verksamheterna och att kunna följa nyttan med de åtgärder som sker.

13. Referenslista

- Anell, Anders. 2014. *Vilken ojämlikhet är mest rättvis? Patientinflytande och egenavgifter i svensk vård*
- Inspektionen för vård och omsorg. 2014. *Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas – Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården*
- Kairos future. 2014. *Dr Watson, Dr Google och Vårdkartan*
- Landstinget Blekinge. 2013. *Framtidens hälso- och sjukvård*
- Landstinget Blekinge. 2015 *Tillsammans kan vi göra skillnad Folkhälsorapport Blekinge 2014*
- Landstinget Blekinge 2015 *Verksamhetsberättelse Förtroendenämnden 2014*
- Landstinget Blekinge 2015 *Verksamhetsberättelse psykiatri- och habiliteringsförvaltningen 2014*
- Myndigheten för vårdanalys. 2014. *Analysplan 2015*
- Myndigheten för vårdanalys. 2014. *En mer jämlik vård är möjlig Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande, Rapport 2014:7*
- Myndigheten för vårdanalys. 2014. *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*
- Myndigheten för vårdanalys. 2014. *Vården ur patienternas perspektiv – jämförelser mellan Sverige och 10 andra länder*
- Socialdepartementet. 2014 *Utredningsdirektiv 2014:56, Utveckling av den högspecialiserade vården*
- Socialstyrelsen. 2012. *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*
- Socialstyrelsen. 2006. *Miljömedicin för en hållbar utveckling – en presentation av landstingens miljömedicinska verksamhet*
- Socialstyrelsen. 2007. *Prioriteringar i hälso- och sjukvården Socialstyrelsen analys och slutsatser utifrån rapporten ”Vårdens alltför svåra val?”*
- Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. 2013. *Folkhälsan i Sverige årsrapport 2013*
- SOU 2007:60 *Klimat- och sårbarhetsutredningen*
- Statistiska Centralbyrån *Befolkningsstatistik*
- Statistiska centralbyrån. *Sveriges framtida befolkning 2014–2060*

Sveriges kommuner och landsting. 2014. *Ekonomirapporten, om kommunernas och landstingens ekonomi – december 2014*

Sveriges kommuner och landsting. 2005. *Hälso- och sjukvården till 2030 Om sjukvårdens samlade resursbehov på längre sikt*

Sveriges kommuner och landsting och Copenhagen Economics. 2013. *Medelstora städers växtkraft*

Sveriges kommuner och landsting. 2014. *Vårdrelaterade infektioner framgångsfaktorer som förebygger*

Sveriges kommuner och landsting. 2014. *Vägval för framtiden Utmaningar för det kommunala uppdraget mot år 2025*

Världskommissionen för miljö och utveckling under ordförandeskap av Gro Harlem Brundtland. 1988. *Vår gemensamma framtid*

Internetkällor

<http://www.vetenskaphalsa.se/resistentabakterier-med-hem-fran-utlandsresan/>

<http://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/februari/europeiskt-mote-i-stockholm-om-antibiotikaresistens/>

<http://www.lansstyrelsen.se/blekinge/Sv/miljo-och-klimat/klimat-och-energi/klimatanpassning/konsekvenser-lanet/Pages/default.aspx>

Hälsokalkylatorn: <http://www.hfsnatverket.se/sv/halsokalkylatorn/>

Svenskarna och internet 2014 <http://www.soi2014.se/>

www.folkhalsomyndigheten.se

www.regeringen.se

www.val.se

www.vardbarometern.nu

Tidningsartiklar

Fagerberg, Björn, 2014. Miljö och hälsa är framtidens utmaning. *Läkartidningen* 2014:111:CSXT

Fagerberg, Björn, 2014. Obalans i globala miljöprocesser påverkar människors hälsa.

Läkartidningen 2014:111:CSSC

Raune, Inger. 2008. Sjukare eller friskare – därom tvistar de lärde, *Äldre i centrum* 2:2008.

Bilaga 1 – Exempel på underlag för nulägesanalys

Årsredovisningar Landstinget Blekinge

<http://ltblekinge.se/Om-landstinget/Sa-styrs-landstinget/Landstingsplan-och-arsredovisning/>

Öppna jämförelser

<http://skl.se/tjanster/merfranskl/oppnajokforelser/halsoochsjukvard.1563.html>

Kolada (statistikdatabas)

https://www.kolada.se/?_p=index

Vårdbarometern (se referenslistan)

Nationella patientenkäten

<http://npe.skl.se/>

Folkhälsomyndigheten

Socialstyrelsen

Sveriges kommuner och landsting

Personalförsörjningsrapport för Landstinget Blekinge

Medarbetarundersökningar